VERHALTENSTHERAPIE IN DER GRUPPE ALS PSYCHOLOGISCHE ZUSATZBEHANDLUNG BEI DER LITHIUMPROPHYLAXE AFFEKTIVER PSYCHOSEN

Reinhard Grona

1981

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547022_0020

Aus der Psychiatrischen Klinik der
Universität München
Direktor: Prof. Dr. H. Hippius

VERHALTENSTHERAPIE IN DER GRUPPE ALS PSYCHOLOGISCHE ZUSATZBEHANDLUNG BEI DER LITHIUMPROPHYLAXE AFFEKTIVER PSYCHOSEN

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Reinhard Grona
aus
Garmisch-Partenkirchen

München 1981

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. H. Hippius
Dekan:	Prof. Dr. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	8. 10. 81

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	EINLEITUNG	1
1.	Psychopathologische Symptome während einer Lithiumprophylaxe affektiver Psychosen	1
2.	Hypothesen über die Ursachen dieser Symptome	1
3.	Indikation einer die Lithiumprophylaxe begleitenden Psychotherapie	2
4.	Studien zum Thema einer die Lithiumprophylaxe begleitenden Psychotherapie	3
5.	Die Indikation der Verhaltenstherapie	3
6.	Die Indikation einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie	4
7.	Fragestellung	5
II.	METHODIK	7
1.	Patienten	7
2.	Therapieprogramm	11
2.1	Die progressive Muskelentspannung	13
2.2	Die Ruheszene	14
2.3	Die Aktivitätenliste	14
2.4	Die systematische Desensibiliserung	15
2.5	Die Übung im "idealen Selbstbild"	16
2.6	Das Rollenspiel	16
2.7	Das Lob als Mittel der Verhaltenskontrolle	17

Seite

3.	Therapiekontrolle	18
3.1	Verfahren zur Selbstbeurteilung	19
3.1.1	MMPI-Saarbrücken	19
3.1.2	Gießen-Test	21
3.1.3	Soziale Anpassungsskala	23
3.1.4	Befindlichkeitsskala	23
3.1.5	Beschwerdenliste	24
3.2	Verfahren zur Fremdbeurteilung	24
3.2.1	Depressionsskala	24
3.2.2	AMP-Bogen für den psychischen Befund	25
3.2.3	AMP-Bogen für den somatischen Befund	25
3.2.4	Problemorientiertes Interview	26
3.3	Verfahren zur Erfassung des Verhaltenskriteriums Problembarometer	26
3.4	Fragebogen zur abschließenden Beurteilung des Therapieprogramms durch die Patienten	27
4.	Therapieverlauf	28
4.1	Sitzung 1	28
4.2	Sitzung 2	29
4.3	Sitzung 3	30
4.4	Sitzung 4	32
4.5	Sitzung 5	33
4.6	Sitzung 6	34
4.7	Sitzung 7	35
4.8	Sitzung 8	36
4.9	Sitzung 9	36
4.10	Sitzung 10	38

Seite

III.	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	41
1.	Ergebnisse des Problembarometers	41
2.	Ergebnisse des MMPI-Saarbrücken	43
2.1	Ergebnisse der Skala für Psychasthenie	43
2.2	Ergebnisse der Skala für Depression	45
2.3	Ergebnisse der Skala für Schizoidie	46
2.4	Ergebnisse der Skala für Hypochondrie	47
3.	Ergebnisse des Gießen-Tests	48
3.1	Ergebnisse der Skala für die Grundstimmung	50
3.2	Ergebnisse der Skala für soziale Resonanz	51
4.	Ergebnisse der sozialen Anpassungsskala	52
5.	Ergebnisse der Befindlichkeitsskala	54
6.	Ergebnisse der Beschwerdenliste	55
7.	Ergebnisse der Depressionsskala	56
8.	Ergebnisse des AMP-Bogens für den psychischen Befund	57
9.	Ergebnisse des AMP-Bogens für den somatischen Befund	58
10.	Ergebnisse des Fragebogens zur abschließenden Beurteilung des Therapieprogramms durch die Patienten	59
10.1	Ergebnisse des Fragebogens zur Gesamtbeurteilung des Programms	59
10.2	Ergebnisse des Fragebogens zur Beurteilung der einzelnen Therapietechniken	61
IV.	DISKUSSION	66
V.	ZUSAMMENFASSUNG	79
VI.	LITERATURVERZEICHNIS	80
VII.	ANHANG	86

I. EINLEITUNG

1. Psychopathologische Symptome während einer Lithiumprophylaxe affektiver Psychosen

Im Verlauf einer Lithiumprophylaxe affektiver Psychosen werden häufig Symptome neurotischen Charakters beobachtet: DOSTAL (1971) fand bei 17 manisch-depressiven Patienten, die an einer Lithiumlangzeittherapie teilnahmen, folgende Symptome: zwanghaftes Verhalten, Phobien, Angstzustände, Gefühle körperlicher Spannung, Zustände von Wut, Schlaflosigkeit und Insuffizienzgefühle. Anstelle von endogen bedingten depressiven Phasen traten bei einigen seiner Patienten reaktive Depressionen auf. Die Beobachtungen von DOSTAL werden von ARNOLD (1974) bestätigt. Bei 24 Patienten gleicher Diagnose und Behandlung wie die Patienten DOSTALS fand er Schlafstörungen, Dysphorie, gesteigerte Sensitivität und paranoide Beziehungsideen. Darüber hinaus klagten seine Patienten über "Lebensverarmung", Entemotionalisierung und Initiativeverlust. Außerdem führten sie ein sehr zurückgezogenes Leben. MÜLLER-OERLINGHAUSEN (1976) stellt bei manisch-depressiven Lithiumpatienten Akzentverschiebungen der Persönlichkeitsstruktur und neurotische Auffälligkeiten fest. DAVENPORT (1977) weist auf Rollenkonflikte hin, die sich gerade durch eine erfolgreiche Lithiumprophylaxe in der Familie des Patienten ergaben.

2. Hypothesen über die Ursachen dieser Symptome

Als Ursache dieser neurotischen Auffälligkeiten nimmt MÜLLER-OERLINGHAUSEN (1976) nach HELMCHEN (1974) eine Aktualisierung neurotischer Strukturelemente an, die bisher von der starken manisch-depressiven Symptomatik überdeckt wurden. DOSTAL (1971) spricht von pseudoneurotischen Störungen

haften Patienten angewendet (COOPER 1965, WOLPE 1958). V. MEYER (1970) berichtet von zahlreichen anderen Behandlungen dieser Verhaltensstörungen nach verhaltenstherapeutischen Kriterien. Die Wirksamkeit der progressiven Muskelentspannung nach JACOBSON (1938) bei Schlafstörungen wiesen LINK und HEFFLER (1977) nach. SUSSKIND (1970) entwickelte die Übungen im Idealen Selbstbild zur Behebung von Insuffizienzgefühlen. Erfolgreiche verhaltenstherapeutische Techniken zur Bearbeitung reaktiv verursachter Depressionen fanden FERSTER (1965), LEWINSOHN et al. (1969), BURGESS (1969) und LAZARUS (1968).

6. Die Indikation einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie

Verhaltenstherapeutische Techniken, die sich in der Einzeltherapie bei der Behandlung bestimmter Verhaltensstörungen bewährt haben, können auch bei Patientengruppen mit solchen Verhaltensstörungen erfolgreich eingesetzt werden. Die meisten Arbeiten liegen zur systematischen Desensibilisierung vor (MAYTON u. ATKINSON 1974). Auch die Wirksamkeit von Entspannungstechniken in Gruppen ist nachgewiesen: ALLEN (1973) und RUSSEL, MILLER und JUNE (1974) reduzierten so erfolgreich Prüfungsängste, GERSHMAN und CLAUSER (1974) behandelten erfolgreich Schlafstörungen.

In den genannten Untersuchungen wurden lediglich Techniken, die sich in der Einzeltherapie bewährt haben, auf die Gruppe übertragen. Darüber hinaus kann die Gruppe auch als therapeutisches Medium der Verhaltenstherapie eingesetzt werden. In einer Untersuchung von HERMANN und TRAMONTANA (1971) erwies sich bei Kindern Gruppenverstärkung als ebenso wirksam wie Einzelverstärkung. Gelegenheit zur Interak-

tion in der Gruppe kann den Erfolg z.B. der systematischen Desensibilisierung sogar noch steigern (COHEN 1966).

Insbesondere zur Behandlung sozialer Ängste scheint der Rahmen einer Gruppentherapie indiziert. TUNNER et al. (1972) berichten von einer erfolgreichen Desensibilisierung in der Gruppe gegen die Angst vor öffentlichem Reden. ULLRICH und ULLRICH de MUYNCK (1971) haben ein sehr erfolgreiches standardisiertes verhaltenstherapeutisches Programm zum Selbstbehauptungstraining in Gruppen entwickelt.

Eine der wichtigsten Funktionen von Gruppen scheint zu sein, ihre Teilnehmer erleben zu lassen, daß sie mit ihren Schwierigkeiten keineswegs allein stehen:
"Die Patienten erfahren, daß ihre eigene Problematik nicht unüberwindbar ist, sondern daß auch andere Menschen solche oder ähnliche Probleme haben." (YALOM 1975).

7. Fragestellung

Im Verlauf einer Lithiumprophylaxe affektiver Psychosen werden häufig Symptome neurotischen Charakters beobachtet. Trotz unterschiedlicher Hypothesen über die Ursachen dieser Symptome wird übereinstimmend eine die Lithiumprophylaxe ergänzende Psychotherapie gefordert. Die wenigen bisherigen Versuche zu einer solchen Therapie basierten auf psychoanalytischen Konzepten. Für die Behandlung affektiver Psychosen mit trizyklischen Antidepressiva wiesen WEISSMANN et al. den ergänzenden Effekt einer an den Alltagsproblemen orientierten psychologischen Betreuung der Patienten nach. Auch die Verhaltenstherapie orientiert sich an den konkreten Verhaltensproblemen der Patienten. Insbesondere bei der Behandlung solcher Verhaltensstörungen, wie sie während einer Lithiumprophylaxe beobachtet

werden, hat sich die Verhaltenstherapie schon vielfach bewährt. Für die Behandlung einiger wichtiger Probleme von Patienten unter Lithiumprophylaxe scheint eine Gruppentherapie besonders gut geeignet zu sein.

So scheint es im Rahmen der Entwicklung eines umfassenden Behandlungsplanes für manisch-depressive Patienten angebracht, zu prüfen, inwieweit eine verhaltenstherapeutische Gruppentherapie die Lithiumprophylaxe sinnvoll ergänzen kann. Da bisher noch keine vergleichbaren Studien zu diesem Thema vorliegen, sollten vor Inangriffnahme einer umfangreicheren Untersuchung folgende Fragen in einer Pilot-Studie geklärt werden:

1. Ergeben sich bei Patienten unter Lithiumprophylaxe Verhaltensstörungen, die eine psychologische Betreuung erfordern?

2. Können diese Patienten zur regelmäßigen Teilnahme an einer ambulanten verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie motiviert werden und kann diese Motivation über den gesamten Behandlungszeitraum aufrechterhalten werden?

3. Bessern sich bei den behandelten Patienten durch das Therapieprogramm die Verhaltensstörungen neurotischen Charakters? Welche anderen Wirkungen der Therapie ergeben sich?

4. Welche der angebotenen Techniken werden von den Patienten angenommen, welche eher abgelehnt?

5. Ist der Rahmen einer Gruppentherapie günstig?

6. Welche weiteren Fragen ergeben sich, um die Indikation der Verhaltenstherapie als Ergänzung der Lithiumprophylaxe affektiver Psychosen beurteilen zu können?

II. METHODIK

1. Patienten

An der Therapie nahmen 10 ambulante Patienten teil, die wegen affektiver Psychosen prophylaktisch mit Lithium behandelt wurden und zu einer Psychotherapie motiviert waren. Um den zeitlichen Aufwand für die Anreise zu den Therapiesitzungen in vertretbaren Grenzen zu halten, ergab sich als zusätzliches Kriterium, daß der Wohnort der Teilnehmer wenigstens im S-Bahnbereich Münchens liegen sollte. Wegen des großen Einzugsgebiets der Universitätsnervenklinik München kamen deshalb viele Patienten der Lithiumambulanz nicht in Betracht.

Tabelle 1 macht Angaben über Geschlecht, Alter und Beruf der teilnehmenden Patienten. Außerdem nennt sie den Beginn der Erkrankung, die Zahl der depressiven oder manischen Phasen, die die Patienten mindestens durchlaufen haben, die nachweisbare Zahl der stationären Aufenthalte wegen ihrer affektiven Psychose, die in der Krankengeschichte dominierende psychiatrische Diagnose und das Jahr, seitdem die Patienten mit Lithium behandelt werden. Anschließend werden ihre Symptome neurotischen Charakters dargestellt, die Anlaß und Gegenstand unserer Therapie waren.

Tabelle 1: Patienten

Patient	Geschlecht	Alter	Beruf	Beg.d. Erkr.	mindest Zahl d. Phasen	Station. Aufenth.	Psychiatrische Diagnose	Lithium seit:
1	m	58	Pensionist (Amtmann)	1955	4	2	unip.endog. Depression	1975
2	w	52	Hausfrau	1972	3	3	unip.endog. Depression	1975
3	w	51	Hausfrau	1964	6	5	unip.endog. Depression	1977
4	w	51	Hausfrau	1975	4	0	unip.endog. Depression	1975
5	w	63	Pensionistin (Lehrerin)	1932	10	5	Zyklothymie	1969
6	w	46	Hausfrau u. Bäuerin	1957	2	0	Zyklothymie	1973
7	w	49	Hausfrau	1962	5	2	unip.endog. Depression	1972
8	m	53	Dozent f. Gartenbau	1972	3	3	unip.endog. Depression	1972
9	w	36	Hausfrau	1971	5	5	unip.endog. Depression	1975
10	w	35	Hauswirtsch. Leiterin	1969	6	3	Zyklothymie	1975

Die Symptome neurotischen Charakters der behandelten Patienten:

Patient 1:

1. Soziale Ängste: Der Patient vermeidet, zu telefonieren, er geht nicht einkaufen, hat Angst, bei der Gartenarbeit angesprochen zu werden und kann seine Interessen in sozialen Situationen nicht vertreten.
2. Arbeitsstörungen: Längst fällige Arbeiten schiebt er seit Jahren vor sich her, z.B. das Einkleben von Bildern in die entsprechenden Alben, notwendige Gartenarbeiten und die Reparatur einer Kreissäge.
3. Perfektionismus und Kontrollzwänge leichterer Ausprägung bei der Durchführung von Arbeiten.

Patient 2:

1. Soziale Ängste: Der Patient vermeidet einzukaufen, zu telefonieren und Gesellschaften zu besuchen.
2. S-Bahn-Phobie
3. Allgemeine Ängstlichkeit um Familienangehörige
4. Mangelndes Durchsetzungsvermögen gegenüber dem Sohn

Patient 3:

1. Insuffizienzgefühle in sozialen Situationen und bei der Hausarbeit
2. Aufzug-Phobie
3. Zukunftsangst
4. Einschlaf- und Durchschlafstörungen
5. Müdigkeit und körperliche Schwäche
6. Zärtlichkeitsdefizit von seiten des Ehemannes

Patient 4:

1. Soziale Ängste: Der Patient hat Angst, einzukaufen, Krankenbesuche zu unternehmen und Gesellschaften zu besuchen
2. Angst, mit dem Mofa zu fahren
3. Arbeitsstörungen: "Ich muß mich zu jeder Arbeit neu aufraffen. Die Arbeit geht mir so langsam von der Hand."

Tabelle 1: Patienten

Patient	Geschlecht	Alter	Beruf	Beg.d. Erkr.	mindest Zahl d. Phasen	Station. Aufenth.	Psychiatrische Diagnose	Lithium seit:
1	m	58	Pensionist (Amtmann)	1955	4	2	unip.endog. Depression	1975
2	w	52	Hausfrau	1972	3	3	unip.endog. Depression	1975
3	w	51	Hausfrau	1964	6	5	unip.endog. Depression	1977
4	w	51	Hausfrau	1975	4	0	unip.endog. Depression	1975
5	w	63	Pensionistin (Lehrerin)	1932	10	5	Zyklothymie	1969
6	w	46	Hausfrau u. Bäuerin	1957	2	0	Zyklothymie	1973
7	w	49	Hausfrau	1962	5	2	unip.endog. Depression	1972
8	m	53	Dozent f. Gartenbau	1972	3	3	unip.endog. Depression	1972
9	w	36	Hausfrau	1971	5	5	unip.endog. Depression	1975
10	w	35	Hauswirtsch. Leiterin	1969	6	3	Zyklothymie	1975

Die Symptome neurotischen Charakters der behandelten Patienten:

Patient 1:

1. Soziale Ängste: Der Patient vermeidet, zu telefonieren, er geht nicht einkaufen, hat Angst, bei der Gartenarbeit angesprochen zu werden und kann seine Interessen in sozialen Situationen nicht vertreten.
2. Arbeitsstörungen: Längst fällige Arbeiten schiebt er seit Jahren vor sich her, z.B. das Einkleben von Bildern in die entsprechenden Alben, notwendige Gartenarbeiten und die Reparatur einer Kreissäge.
3. Perfektionismus und Kontrollzwänge leichterer Ausprägung bei der Durchführung von Arbeiten.

Patient 2:

1. Soziale Ängste: Der Patient vermeidet einzukaufen, zu telefonieren und Gesellschaften zu besuchen.
2. S-Bahn-Phobie
3. Allgemeine Ängstlichkeit um Familienangehörige
4. Mangelndes Durchsetzungsvermögen gegenüber dem Sohn

Patient 3:

1. Insuffizienzgefühle in sozialen Situationen und bei der Hausarbeit
2. Aufzug-Phobie
3. Zukunftsangst
4. Einschlaf- und Durchschlafstörungen
5. Müdigkeit und körperliche Schwäche
6. Zärtlichkeitsdefizit von seiten des Ehemannes

Patient 4:

1. Soziale Ängste: Der Patient hat Angst, einzukaufen, Krankenbesuche zu unternehmen und Gesellschaften zu besuchen
2. Angst, mit dem Mofa zu fahren
3. Arbeitsstörungen: "Ich muß mich zu jeder Arbeit neu aufraffen. Die Arbeit geht mir so langsam von der Hand."

Patient 5:

1. Vereinsamung
2. Kommunikationsschwierigkeiten mit der Schwester und der entfernt wohnenden Tochter
3. Starke Stimmungsschwankungen

Patient 6:

1. Allgemeine Ängstlichkeit um ihre beiden Kinder
2. Kommunikationsprobleme mit der Tochter
3. Leichte Erregbarkeit
4. Gefühl, bei der Hausarbeit ständig beobachtet zu werden

Patient 7:

1. Soziale Ängste: vermeidet Gesellschaften
2. Insuffizienzgefühle
3. Pedantische Haushaltsführung
4. Mangelndes Durchsetzungsvermögen gegenüber dem Ehemann
5. Schlafstörungen

Patient 8:

1. Leichte Erregbarkeit
2. Pedantische Ausführung aller Tätigkeiten
3. Arbeitsstörungen: Verlangsamung des Arbeitsablaufes

Patient 9:

1. Soziale Ängste: vermeidet Gesellschaften und den Besuch öffentlicher Lokale
2. Allgemeine Ängstlichkeit um die Angehörigen
3. Insuffizienzgefühle wegen der endog. Depression
4. Kommunikationsstörungen mit dem Ehemann
5. Libidoverlust

Patient 10:

1. Soziale Ängste, in einer Gruppe zu sprechen
2. Kommunikationsstörungen mit dem Ehemann
3. Übergewicht

Zusammenfassung:

Symptom	Zahl der Patienten
1. Soziale Ängste	7
2. Allgemeine Ängstlichkeit	3
3. Phobien	3
4. Zwanghaftes oder pedantisches Verhalten	3
5. Arbeitsstörungen	4
6. Insuffizienzgefühle	3
7. Partnerschaftsprobleme	5
8. Schlafstörungen	2
9. Leichte Erregbarkeit	2

2. Therapieprogramm

Die Therapiegruppe bestand aus zehn ambulanten Patienten und zwei Therapeuten (ein Arzt und ein Psychologe). In wöchentlichem Abstand fanden zehn zweistündige Therapiesitzungen in der Universitätsnervenklinik München statt.

Das Programm lehnt sich an eine Zusammenstellung verschiedener verhaltenstherapeutischer Techniken zur Selbstkontrolle von CHEEK (1972) an. In einer Vorstudie mit stationären depressiven Patienten adaptierten wir es an unser spezifisches Patientengut.

Es ergab sich folgender Therapieplan:

1. Progressive Muskelentspannung (JACOBSON 1938)
2. Aktivitätenliste (BURGESS 1969)
3. Densensibilisierung (WOLPE 1958)
4. Idealisiertes Selbstbild (SUSSKIND 1970)
5. Rollenspiel
6. Lob als Mittel der Verhaltenskontrolle

Die Patienten erhielten ein Textbuch, in dem der Verlauf der Therapie und die einzelnen Therapieverfahren ausführlich beschrieben wurden. Die Techniken wurden jeweils in den Therapiesitzungen gelernt und dann zu Hause selbständig geübt. Für eigene Aufzeichnungen erhielten die Patienten ein Arbeitsheft.

Tabelle 2 zeigt den Zeitplan des Therapieprogramms. Anschließend werden die einzelnen Techniken vorgestellt.

Tabelle 2: Zeitplan des Therapieprogramms

Sitzung:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Entspannung	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Aktivitätenliste		●	●	●	●	●	●	●	●	●
Ruheszene			●	●	●	●	●	●	●	●
Desensibilisierung				●	●	●	●	●	●	●
Ideales Selbstb.					●	●	●	●	●	●
Rollenspiel						●	●	●	●	●
Loben									●	●

2.1 Die progressive Muskelentspannung (JACOBSON 1938)

Auf Anweisung des Therapeuten spannen die Patienten einzelne Muskelgruppen zuerst an und entspannen sie dann wieder. Dieser Wechsel von Spannung und Entspannung wird nacheinander mit der Beinmuskulatur, der Armmuskulatur einschließlich der Hände, der Gesichtsmuskulatur und schließlich zusammenfassend mit dem ganzen Körper durchgeführt. Am Schluß werden die Patienten aufgefordert, kurz den Atem anzuhalten und dann ganz langsam auszuatmen. Nach einigen Minuten der Ruhe sollen sich die Patienten kräftig strekken und so den Zustand der Entspannung beenden.

Die Entspannungsübungen werden in den ersten Sitzungen regelmäßig durchgeführt. Nach der dritten Sitzung werden die Patienten aufgefordert, die Übungen auch zu Hause anzuwenden. Hierzu erhalten sie eine verkürzte schriftliche Instruktion und eine mit der ausführlichen Anweisung besprochene Tonband-Cassette.
Häufigkeit, Situation und Erfolg ihrer häuslichen Übungen protokollieren die Patienten in ihrem Arbeitsheft.

Die Technik der Entspannung ist geeignet, Angstzustände, übergroße Erregung und Einschlafstörungen zu vermindern. Außerdem ist sie Bestandteil der Desensibilisierung und des Trainings im idealisierten Selbstbild.

2.2 Die Ruheszene

In der dritten Sitzung wird die Muskelentspannung mit der Vorstellung einer Ruheszene verbunden. Der Patient stellt sich im Zustand der Entspannung eine Szene vor, in der er entspannt, ruhig und ausgeglichen war. Es sollte sich dabei um eine bestimmte Szene handeln, die der Patient tatsächlich erlebt hat und die er auch gelegentlich wieder erleben kann. Sie soll nach Möglichkeit alle Sinne ansprechen, aber keine aktive Bewegung oder Aufregungen enthalten.

Die Patienten fixieren ihre Ruheszene schriftlich in ihrem Arbeitsheft. Auch den Gebrauch der Ruheszene sollen die Patienten selbständig üben und darüber Aufzeichnungen in ihrem Arbeitsheft machen.

Die Ruheszene ermöglicht dem Patienten, sich auch in Situationen zu entspannen, in denen weder Zeit noch Gelegenheit zur progressiven Muskelentspannung gegeben ist.

2.3 Die Aktivitätenliste

Bei der Behandlung depressiver Patienten hat sich die Verwendung einer Aktivitätenliste bereits vielfach bewährt (LEWINSOHN 1975, BURGESS 1969). Deshalb führten wir sie zusätzlich in das vorgegebene Therapieprogramm ein.

In den Gruppensitzungen werden für jeden Patienten individuelle Aktivitäten erarbeitet, die er bis zur nächsten Sitzung durchführen soll. Bei einem Teil der Aktivitäten handelt es sich um für den Patienten angenehme Beschäftigungen, die zu einer Erhöhung des allgemeinen Aktivitätsniveaus führen sollen. Der andere Teil orientiert sich an

den individuellen Verhaltensproblemen der Patienten. Diese Aktivitäten werden der Schwierigkeit nach hierarchisch geordnet, so daß der Patient zunächst leichtere, dann für ihn immer schwierigere Aufgaben erledigen soll. Die Patienten notieren sich die Aufgaben in ihren Arbeitsheften und werten sie ihrer Schwierigkeit nach selbst mit einer Punktzahl von 1 bis 5. In der nächsten Sitzung wird die erreichte Punktzahl addiert und der Gruppe mitgeteilt. Die Punktzahl und die Gruppe dienen somit als Verstärker für die Durchführung der vereinbarten Aktivitäten.

Die Aktivitätenliste soll einmal das allgemeine Aktivitätsniveau der Patienten heben und zum anderen Gelegenheit geben, die individuellen Verhaltensprobleme der Patienten direkt anzugehen. Darüber hinaus kann ihre Besprechung häufig als Ausgangspunkt für eine allgemeine Gruppendiskussion dienen.

2.4 Die systematische Desensibilisierung (WOLPE 1958)

Im Zustand der Entspannung stellen sich die Patienten Situationen vor, in denen sie bisher Angst empfunden haben. Die Situationen sind in einer "Angsthierarchie" derart geordnet, daß die Patienten zuerst Situationen mit geringem Angstgehalt, später solche mit höherem imaginieren. Erst wenn eine Situation völlig angstfrei erlebt werden kann, soll auf die in der Angsthierarchie nächst höhere übergegangen werden. So verlieren die kritischen Situationen allmählich ihre angstauslösende Wirkung.

Die systematische Densensibilisierung baut Angst in be-

stimmten Situationen und vor konkreten Objekten ab und ist damit geeignet, Phobien und zwanghaftes Verhalten zu vermindern.

2.5 Die Übung im "Idealen Selbstbild"

In Anlehnung an SUSSKIND (1970) stellen sich die Patienten im Zustand der Entspannung ihr ideales Selbstbild nach Aussehen und Verhalten vor. Sie stellen sich selbst also so vor, wie sie gerne sein möchten und imaginieren, wie sie für sie bisher schwierige Situationen erfolgreich bestehen.

Diese Technik soll Insuffizienzgefühle vermindern, sicheres Auftreten in Konfliktsituationen fördern und die erfolgreiche Bewältigung solcher Situationen vorbereiten. Damit ist diese Technik auch geeignet, den Einstieg in das Rollenspiel zu erleichtern.

2.6 Das Rollenspiel (KELLY 1955)

Der Begriff des Rollenspiels wird für alle Therapietechniken verwendet, bei denen die Patienten Rollen ihres alltäglichen Lebens in einer Therapiesituation durchspielen. Im vorliegenden Therapieprogramm wurde dabei folgendermaßen vorgegangen:

1. Die Patienten fixieren schriftlich für sie kritische Situationen. Dabei beschreiben sie zuerst, wie sie sich bisher verhalten haben und danach, wie sie sich in Zukunft gerne verhalten möchten.

2. Beide Varianten werden vor und, wenn notwendig, unter Mitwirkung der Gruppe durchgespielt.

3. Die Gruppe analysiert die dargestellten Verhaltensweisen und gibt Anregungen zu deren Optimierung.

4. Anhand dieser Anregungen übt der Patient neue Verhaltensweisen ein.

5. Er erhält die Aufgabe, das in der Therapiesitzung eingeübte Verhalten in der Realsituation zu erproben.

Durch die Technik des Rollenspiels sollen die Teilnehmer lernen, soziale Verhaltensweisen zu analysieren, zweckmäßige Verhaltenskonzepte zu entwickeln und sich schließlich auch nach diesen Konzepten zu verhalten.

2.7 Das Lob als Mittel der Verhaltenskontrolle

Anhand des Rollenspiels wird analysiert, wie Belohnung und Bestrafung Verhalten kontrollieren. Daraufhin üben die Patienten im Rollenspiel, das Lob als Mittel der Verhaltenskontrolle einzusetzen. Schließlich erhalten sie den Auftrag, das Lob in einer Realsituation in der gelernten Weise zu benützen und in der nächsten Sitzung über ihre Erfahrungen zu berichten.

Mit Hilfe dieser Unterrichtseinheit sollen die Patienten beispielhaft Einblick und Übung in die Mechanismen der Verhaltensanalyse und der Verhaltenskontrolle erhalten. Auch soll die Anwendung des Lobs zur Verhaltenskontrolle Anstoß geben, den häuslichen Kommunikationsstil freundlicher zu gestalten.

3. Therapiekontrolle

Der Therapieerfolg wurde durch eine Testbatterie überprüft, die den Patienten eine Woche vor Beginn der Therapie (Voruntersuchung), eine Woche nach deren Beendigung (Abschlußuntersuchung) und drei Monate später (Nachuntersuchung) vorgegeben wurde. Die Testbatterie enthielt erstens Verfahren zur Selbstbeurteilung, zweitens zur Fremdbeurteilung durch einen an der Therapie nicht beteiligten Arzt und drittens zur Erfassung des Verhaltenskriteriums ein eigens hierfür entwickeltes Problembarometer.
Im einzelnen wurden jeweils folgende Verfahren durchgeführt:

3.1 Verfahren zur Selbstbeurteilung

1. MMPI-Saarbrücken
2. Gießen-Test
3. Soziale Anpassungsskala
4. Befindlichkeitsskala
5. Beschwerdenliste

3.2 Verfahren zur Fremdbeurteilung

1. Depressionsskala
2. AMP-Bogen für den psychischen Befund
3. AMP-Bogen für den somatischen Befund
4. Problemorientiertes Interview

3.3 Verfahren zur Erfassung des Verhaltenskriteriums

Problembarometer

3.1 Verfahren zur Selbstbeurteilung

3.1.1 MMPI-Saarbrücken

(Minnesote Multiphasic Personality Inventory, HATHAWAY u. McKINLEY 1951, deutsche Bearbeitung des Psychologischen Instituts Saarbrücken 1959)

Der MMPI ist ein multidimensionaler, objektiver Persönlichkeitstest, der versucht, alle klinisch relevanten Persönlichkeitszüge zu erfassen. Er besteht in der verwendeten Form aus 386 Feststellungen, die vom Probanden als zutreffend oder nicht zutreffend beantwortet werden. Die Patienten trugen ihre Antworten auf maschinell lesbaren Markierkarten ein, die nach einem standardisierten Programm ausgewertet (ENGEL 1976) wurden.

Der MMPI umfaßt 10 klinische Skalen und 4 Validitätsskalen. Die 10 klinischen Skalen sind:

Skala 1: Hypochondrie (HD)
Diese Skala gibt an, wie sehr sich der Patient mit der eigenen Gesundheit beschäftigt und um diese besorgt ist.

Skala 2: Depression (D)
Sie läßt erkennen, inwieweit der Proband unter Symptomen einer depressiven Verstimmung leidet.

Skala 3: Hysterie (HY)
Diese Skala zeigt die Neigung zu Konversionssymptomen an.

Skala 4: Psychopathie (PP)
Hohe Werte auf dieser Skala weisen auf eine mangelnde Bereitschaft hin, die gesellschaftlichen Normen zu akzeptieren.

Skala 5: Interessenskala (MF)
Sie soll die Interessenlage des Probanden zwischen den beiden Polen typisch weiblicher bzw. typisch männlicher Interessen feststellen.

Skala 6: Paranoia (PA)
Diese Skala ergibt bei übersensiblen, mißtrauischen und aggressiven Persönlichkeiten einen hohen Ausschlag.

Skala 7: Psychasthenie (PT)
Sie erfaßt phobisches und zwanghaftes Verhalten. Probanden mit erhöhten Werten erscheinen ängstlich und gespannt und sind Konfliktsituationen häufig nicht gewachsen. Sie zeichnen sich durch Gewissenhaftigkeit aus und neigen zur Selbstkritik.

Skala 8: Schizoidie (SC)
Introvertierte und realitätsfremde Persönlichkeiten haben auf dieser Skala hohe Werte.

Skala 9: Hypomanie (MA)
Impulsives und aggressives, aber wenig ausdauerndes Verhalten ist für Personen kennzeichnend, die hier überhöhte Werte erreichen.

Skala 10: Soziale Introversion (SI)
Diese Skala mißt die Tendenz, sich von sozialen Kontakten zurückzuziehen.

Für die vorliegende Untersuchung schien vor allem die Skala 7 für Psychasthenie relevant zu sein, da sie genau auf die Verhaltensauffälligkeiten der behandelten Patienten anspricht und sich das Therapieprogramm an eben diesen Verhaltensstörungen orientiert. Wir erwarteten daher erhöhte

Werte dieser Skala in der Voruntersuchung und deren Abnahme in den Kontrolluntersuchungen nach Beendigung der Therapie.

Obwohl die Depression selbst nicht erklärtes Ziel unseres Therapieprogramms war, verdient doch die Entwicklung jener Skalen, die depressive Symptome zum Inhalt haben, bei endogen depressiven Patienten besondere Aufmerksamkeit. Das trifft für die Skala 2: Depression, für die Skala 8: Schizoidie und für Skala 1: Hypochondrie zu.

3.1.2 Gießen-Test
(BECKMANN u. RICHTER 1972)

Der Gießen-Test ist ein Persönlichkeitsstruktur-Test, der nach psychoanalytischen Konzepten entwickelt wurde und nach der psychoanalytischen Persönlichkeitstheorie interpretiert werden kann. Die Probanden schätzen ihre Persönlichkeit und ihre Wirkung auf Mitmenschen anhand von siebenteiligen bipolaren Meßstrecken, die bei der Auswertung zu folgenden sechs, wiederum bipolaren Skalen zusammengefaßt werden:

Skala 1: Soziale Resonanz
Die Patienten beurteilen, ob sie im sozialen Kontakt bei ihren Partnern vorwiegend positive oder vorwiegend negative Reaktionen auslösen.

Skala 2: Dominanz
Zwischen den beiden Polen Dominanz und Gefügigkeit schätzen die Patienten, inwieweit sie sich aggressiv, impulsiv und eigensinnig oder eher anpassungswillig, geduldig und unterwürfig verhalten.

Skala 3: Kontrolle
Der eine Pol zeigt die Tendenz zur Unordentlichkeit und die Fähigkeit, ausgelassen zu sein, an. Der Gegenpol läßt Wahrheitsfanatismus und Übereifrigkeit erkennen.

Skala 4: Grundstimmung
Diese Skala mißt die emotionale Gestimmtheit des Probanden. Auf der hypomanischen Skalenseite spiegelt sich eine gehobene Grundstimmung wider, die sich in selbstsicherem und wenig ängstlichem Verhalten äußert. Dagegen repräsentiert die depressive Seite Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit und mangelnde Initiative.

Skala 5: Durchlässigkeit
Als "durchlässig" erscheinen hier Probanden, die im Umgang mit anderen Menschen aufgeschlossen und vertrauensselig reagieren. Probanden, deren Wert am entgegengesetzten Pol liegt, sind dagegen im sozialen Kontakt eher verschlossen und mißtrauisch.

Skala 6: Soziale Potenz
Im Sinne dieser Skala haben sozial potente Probanden die Fähigkeit, soziale Kontakte unbefangen und einfallsreich zu gestalten. Sozial "impotente" sind dagegen ungesellig und im Umgang mit anderen Menschen eher befangen und phantasiearm.

Der Gießen-Test wurde in der vorliegenden Studie eingesetzt, um das Selbstbild der Patienten und dessen Änderungen zu erfassen.

Wegen der Grundkrankheit der behandelten Patienten und wegen ihrer spezifischen Verhaltensprobleme ist zu erwarten, daß sie sich selbst in der Voruntersuchung als depressive

Persönlichkeiten schildern und soziale Insuffizienzgefühle erkennen lassen. Dementsprechend erwarten wir in der Voruntersuchung erhöhte Werte und in den Nachuntersuchungen deren Normalisierung bei folgenden Skalen: Skala 4: Grundstimmung, Skala 6: Soziale Potenz und Skala 1: Soziale Resonanz.

3.1.3 Soziale Anpassungsskala
(Sozial Adjustment Scale - Self Report, M.M. WEISSMANN, 1976, Übersetzung ins Deutsche: ENGEL-SITTENFELD 1977)

Die Patienten beantworten auf einer Skala von 1 bis 5 Fragen über ihr Verhalten in den wichtigsten Lebensbereichen im Verlauf der letzten zwei Wochen. Zur Auswertung können ein Summenscore als Maß für die allgemeine soziale Anpassung und spezifische Scores für die Anpassung in einzelnen Lebensbereichen errechnet werden. Der Fragebogen berücksichtigt folgende Lebensbereiche: Arbeit, Freizeit, Verhältnis zu entfernten Verwandten, Verhältnis zu den Eltern, Partnerschaft, Familienharmonie, wirtschaftliche Lage.

3.1.4 Befindlichkeitsskala
(V. ZERSSEN, 1976)

Der Test ist aus den "Klinischen Selbstbeurteilungsskalen" des "Münchner psychiatrischen Informationssystems" entnommen. Er besteht aus einer Eigenschaftswörter-Liste, die zur Erfassung der momentanen Befindlichkeit entwickelt wurde. Die Testwerte können sich zwischen den Polen ausgesprochenen Wohlbefindens (Minimalwert) und hochgradigen Mißbefindens (Maximalwert) bewegen. Wir erwarten, daß sich das Befinden unserer Patienten im Verlauf der Therapie bessert.

3.1.5 Beschwerdenliste (V. ZERSSEN, 1976)

Auch dieser Test ist Bestandteil der "Klinischen Selbstbeurteilungsskalen" des "Münchner Psychiatrischen Informationssystems". Nach den Angaben der Autoren ist "die Beschwerdenliste ein Fragebogen-Test zur quantitativen Abschätzung subjektiver Beeinträchtigung durch (überwiegend) körperliche und Allgemeinbeschwerden." Da gerade depressive Patienten häufig über zahlreiche unbestimmte körperliche Beschwerden klagen, erwarten wir in der Voruntersuchung erhöhte Testwerte und deren Abnahme in den Nachuntersuchungen.

3.2 Verfahren zur Fremdbeurteilung

3.2.1 Depressionsskala (HAMILTON 1960)

Es handelt sich um ein standardisiertes Interview zur Erfassung depressiver Symptome. Die Vorlage erlaubt, den Schweregrad der einzelnen Symptome auf einer vierteiligen Skala anzugeben. Durch Addittion der erreichten Skalenwerte errechneten wir einen Summenscore.

Obwohl das Therapieprogramm nicht die Depression selbst behandeln sollte, erschien es im Rahmen dieser Pilot-Studie bedeutsam, ob ein an der Therapie nicht beteiligter Arzt im Verlauf der Behandlung Veränderungen der depressiven Symptomatik diagnostizieren würde.

3.2.2 AMP-Bogen für den psychischen Befund (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 1972)

Der AMP-Bogen dient zur standardisierten Erhebung des psychischen Befundes im Rahmen einer psychiatrischen Untersuchung. In dem Vordruck sind die wichtigsten bei der Erstellung eines psychischen Befundes gebräuchlichen Begriffe berücksichtigt. Die einzelnen Symptome können als leicht-, mittel- oder schwer ausgeprägt angegeben werden. Zur statistischen Auswertung belegten wir ein "leicht" ausgeprägtes Symptom mit 1 Punkt, ein "mittel" ausgeprägtes mit 2 Punkten und ein "schwer" ausgeprägtes mit 3 Punkten. Die einzelnen Punkte addierten wir zu einem Summenscore. Wir erwarteten, daß dieser Summenscore im Verlauf der Behandlung sinken würde.

3.2.3 AMP-Bogen für den somatischen Befund

Parallel zum AMP-Bogen für den psychischen Befund wurde ein entsprechender Bogen für den somatischen Befund einer psychiatrischen Untersuchung entwickelt. Er ist nach denselben Prinzipien wie dieser konstruiert und wurde von uns in gleicher Weise bearbeitet. Da depressive Patienten auch häufig über somatische Beschwerden klagen, erschien es wichtig, auch den Verlauf des somatischen Befundes zu kontrollieren und ihn durch einen unabhängigen Arzt feststellen zu lassen.

3.2.4 Problemorientiertes Interview

Nach der Beurteilung der Patienten anhand der standardisierten Verfahren führte der untersuchende Arzt mit jedem Patienten ein ausführliches diagnostisches Gespräch, indem er zu allen drei Terminen auf die psychischen und somatischen Verhaltensprobleme der Patienten einging. Darüber hinaus wurden die Patienten in der Voruntersuchung über ihre Motivation zur Teilnahme an der Gruppentherapie befragt. In der Abschlußuntersuchung schilderten die Patienten zusätzlich ihre Eindrücke von der Therapie und machten gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge. In der Nachuntersuchung fragte der untersuchende Arzt außerdem, welche Techniken die Patienten weiterhin übten und ob und in welcher Form sie weitere Treffen der Gruppe wünschten.

Es wurde erwartet, durch das problemorientierte Interview die Ergebnisse der standardisierten Diagnoseverfahren vervollständigen zu können. Insbesondere in einer Pilotstudie über ein neues Therapieprogramm schien das frei formulierte Urteil der Betroffenen und deren Anregungen bedeutsam.

3.3 Verfahren zur Erfassung des Verhaltenskriteriums

Problembarometer

Zu Beginn der Therapie fixierte jeder Patient drei Verhaltensprobleme, die ihn besonders belasteten und an deren Lösung ihm sehr viel gelegen war. In der Regel handelte es sich gerade um die Probleme, deretwegen er an der Therapiegruppe teilnahm. Den Schweregrad jedes Problems schätzten die Patienten auf einer Skala von 0 bis 100, dem Problembarometer, ein. Auch in der Abschlußuntersu-

chung und in der Nachuntersuchung legten die Patienten auf dem Problembarometer fest, wie schwer sie diese Probleme noch empfanden.
Da es sich um Probleme handelte, die die Patienten sehr belasteten und deretwegen sie an der Therapie teilnahmen, wurde den Ergebnissen des Problembarometers eine große Bedeutung bei der Beurteilung des Therapieprogramms zugemessen. Außerdem ermöglichte es, die Wirkung des Programms direkt am behandelten Verhalten zu beobachten. Da die Therapie auf dieses Verhalten abgestellt war, erwarteten wir ein deutliches Absinken der Schweregrade auf dem Problembarometer

3.4 Fragebogen zur abschließenden Beurteilung des Therapieprogramms durch die Patienten

Im Rahmen einer Pilotstudie sollte auf den Eindruck, den die Teilnehmer von dem Programm hatten, und auf ihre Verbesserungsvorschläge nicht verzichtet werden. Um ihre Aussagen auch teilweise quantifizieren zu können, wurde ein Fragebogen konstruiert, den wir den Patienten zur Abschlußuntersuchung vorlegten. Er enthielt items zu folgenden Fragen:

1. Wie attraktiv war das Programm für die Patienten?
2. Hatten die Patienten das Gefühl, daß ihnen das Programm helfen könnte, ihre Probleme zu bewältigen?
3. Wie stehen sie zu der Alternative: Gruppentherapie oder Einzeltherapie?
4. Wie beurteilen sie die Wertigkeit der einzelnen dargebotenen Therapietechniken?
5. Was sollte an der gesamten Organisation der Therapie geändert werden?

Der Fragebogen ist dem Anhang (Anhang 2) dieser Arbeit beigefügt.

4. Therapieverlauf

4.1 Sitzung 1:

Therapieplan:

1. Allgemeines Gruppengespräch zum Kennenlernen
2. Einführung in das Programm
3. Erklärung der Problemanalyse
4. Erste Entspannungsübungen

Verlauf:

Alle Patienten kamen pünktlich zum verabredeten Termin und versprachen, an den zehn Sitzungen regelmäßig teilzunehmen.

ad 1: Es entwickelte sich sofort ein reges Gruppengespräch. Im Mittelpunkt stand die gemeinsame Krankheit. Die Patienten berichteten von ihren Empfindungen während der depressiven Phasen und von ihrer Angst vor einer weiteren Manifestation der Krankheit. Dabei stellten sie fest, daß die anderen ähnliche Schwierigkeiten haben wie sie selbst. Bisher glaubten sie, nur sie allein würden darunter leiden. Die Patienten gaben an, daß diese Erkenntnis sie entlaste. Die Depression selbst betrachteten sie übereinstimmend als eine rein somatisch bedingte Erkrankung, ähnlich einer Infektionskrankheit. Bei der Lebhaftigkeit der Diskussion ergab sich für die Therapeuten der Konflikt, einerseits das Gruppengespräch zulassen und fördern zu wollen, es aber andererseits gelegentlich doch abbrechen zu müssen, um den Therapieplan einhalten zu können.

ad 2: Die Teilnehmer folgten der Darstellung des Programms aufmerksam und konnten bei der Vorstellung der einzelnen Therapietechniken leicht dazu angeregt werden, Beispiele

für deren Anwendung zu nennen. Dabei kamen sie häufig auf ihre individuellen Verhaltensprobleme zu sprechen.

ad 3: Die Problemanalyse und das Problembarometer boten keine Verständnisschwierigkeiten. Als Hausaufgabe sollten die Patienten jene drei Probleme schriftlich fixieren, die sie am meisten belasteten. Sie sollten auch angeben, zu welchem Ergebnis deren Bearbeitung jeweils führen sollte.

ad 4: Die Entspannungsübungen wurden von den Patienten als sehr angenehm beschrieben. Etwa die Hälfte der Gruppe berichtete nach Abschluß der Übung, daß ihnen die Entspannung gut gelungen sei. Einer Patientin, die Erfahrung im autogenen Training hatte, machte die Entspannung die geringsten Schwierigkeiten.

4.2 Sitzung 2:

Therapieplan:

1. Diskussion der Problemanalyse
2. Einführung der Aktivitätenliste
3. Besprechung der Ruheszene
4. Weitere Übung der Entspannung

Verlauf:

ad 1: Die Probleme und deren erwünschte Lösungen wurden lebhaft diskutiert. Einige Teilnehmer gaben sehr nützliche Ratschläge, so daß die Therapeuten bei der Formulierung der jeweiligen Zielvorstellungen kaum intervenieren mußten. Drei Patienten schrieben keine Probleme auf. Einer, weil er nicht dazu gekommen sei, einer, weil er kei-

ne habe, und ein dritter Patient teilte seine Probleme nur mündlich mit, weil er Angst habe, die Aufzeichnungen könnten zu Hause von den Angehörigen eingesehen werden. Die Verhaltensprobleme, die die Patienten in der Problemanalyse angaben, wurden bei der Beschreibung der Patienten geschildert (S.7).

ad 2: Die Entwicklung einer Aktivitätenliste für jeden Patienten benötigte sehr viel Zeit. Die angebotenen Aktivitäten ließen sich in zwei Gruppen gliedern: erstens solche Aktivitäten, die zur alltäglichen Routine des Patienten gehörten und ihm keine besonderen Schwierigkeiten bereiteten, und zweitens Aktivitäten, die auf die individuellen Verhaltensprobleme des Patienten zielten. Diese problemorientierten Aktivitäten wurden den Patienten dem Schwierigkeitsgrad nach hierarchisch geordnet aufgegeben.

ad 3: Die Besprechung der Ruheszene bot keine Schwierigkeiten. Die Teilnehmer fanden sofort einige Beispiele.

ad 4: Am Ende der Sitzung verlangten die Patienten spontan nach der Entspannungsübung. Sie bezeichneten sie wieder als sehr angenehm. Nur noch zwei Gruppenmitglieder klagten über mangelnde Entspannungsfähigkeit.

4.3 Sitzung 3:

Therapieplan:

1. Diskussion der Aktivitätenliste
2. Diskussion der Ruheszenen
3. Hinweise zur Selbstentspannung
4. Übung der Entspannung unter Verwendung der Ruheszene

Verlauf:

ad 1: Die Besprechung der Aktivitätenlisten regte ein lebhaftes Gruppengespräch an. Die Tatsache, daß jeder Patient vor der Gruppe referierte, inwieweit er die verabredeten Aktivitäten durchgeführt habe, motivierte die Teilnehmer nach eigenen Angaben stark, die aufgetragenen Aktivitäten auch tatsächlich zu unternehmen. Da die Besprechung der Aktivitäten sehr viel Zeit in Anspruch nahm, teilten wir hierzu die Gruppe auf die beiden Therapeuten auf. Nur die Ergebnisse der Diskussion in den Kleingruppen wurden der gesamten Gruppe vorgetragen. Dieses Verfahren bewährte sich und wurde für alle weiteren Sitzungen beibehalten.

ad 2: Die Ruheszene wurde von den Patienten sehr unterschiedlich schriftlich festgelegt. Einige hatten die Szenen mit geradezu schriftstellerischen Ambitionen ausgearbeitet, anderen mußte die Gruppe bei der Szenensuche nachträglich behilflich sein.

ad 3: Um die Entspannung auch zu Hause üben zu können, erhielten die Patienten einen verkürzten Text der Entspannungsanweisungen. Außerdem wurden ihnen Tonband-Cassetten mitgegeben, die wir mit dem ausführlichen Text besprochen hatten.

ad 4: Die Entspannung unter Verwendung der Ruheszene machte den meisten Patienten keine Schwierigkeiten. Einige klagten allerdings, sie könnten sich nicht ausschließlich auf diese Szene konzentrieren und es würden ihnen immer wieder störende Gedanken durch den Kopf schießen.

4.4 Sitzung 4:

Therapieplan:

1. Diskussion der Aktivitätenliste
2. Diskussion der Selbstentspannung
3. Einführung in die Desensibilisierung
4. Besprechen einer Spannungsszene
5. Übungen zur Desensibilisierung

Verlauf:

ad 1: Von den angebotenen Varianten der Selbstentspannung favorisierten die Patienten eindeutig die Tonband-Cassette. Acht der zehn Patienten hatten ein entsprechendes Gerät zur Verfügung. Sie berichteten, daß sie sich zu Hause sehr gut entspannen könnten. Mit der verkürzten schriftlichen Anweisung gelänge es kaum. Ein Patient erzählte, daß er die Entspannung gemeinsam mit seiner Frau und den beiden 16- und 18-jährigen Söhnen durchführe. Es habe allen sehr gut gefallen, und der Jüngste habe in der folgenden Familienbesprechung das erste Mal etwas bei dieser regelmäßig stattfindenden Aussprache gesagt.
Eine Patientin übte die Entspannung gemeinsam mit ihrer 12-jährigen Tochter, die das Ganze sehr "lustig" fand.

ad 2: Die Erklärung der Desensibilisierung gestaltete sich unerwartet schwierig. Schon das Fremdwort verschreckte die Patienten. Sie hatten auch nach einer ausführlichen Erklärung Hemmungen, selbst diesen Ausdruck zu gebrauchen. Auch der Ablauf einer stark vereinfachten Variante der Desensibilisierung erwies sich als zu kompliziert, als daß die Patienten sie teilweise selbständig durchführen könnten, wie es im Rahmen dieses Therapieprogramms notwendig wäre.

ad 3: Viele Patienten konnten sich die zu desensibilisierende Spannungsszene nicht ausreichend intensiv vorstellen. Für längere Übung des Vorstellens ließ das Programm keine Zeit.

4.5 Sitzung 5:

Therapieplan:

1. Besprechung der Aktivitätenliste
2. Diskussion der Desensibilisierung
3. Das "Weißer-Peter-Spiel"
4. Das positiv-realistische Selbstbild

Verlauf:

ad 1: Die Patienten arbeiteten inzwischen mit der Aktivitätenliste sehr selbständig, so daß ihre Besprechung nur noch wenig Zeit in Anspruch nahm. Die Interventionen der Therapeuten beschränkten sich auf solche Aktivitäten, die an den Verhaltensproblemen der Patienten orientiert sind. Diese Aktivitäten bestimmten zunehmend den Inhalt der Listen.

ad 2: Auch die häuslichen Übungen der Desensibilisierung wurden durch den relativ komplizierten Ablauf dieser Technik beeinträchtigt.

ad 3: Beim "Weißen-Peter-Spiel" notierten die Teilnehmer sowohl von sich als auch von jedem anderen Gruppenmitglied die ihrer Meinung nach herausragendste positive körperliche Eigenschaft und die herausragendste positive Charaktereigenschaft. Danach wurden die Aufzeichnungen verlesen, miteinander verglichen und diskutiert. Es fiel den Teilnehmern leichter, an anderen positive Eigenschaften fest-

zustellen als an sich selbst. Sie zeigten sich auch überrascht darüber, wieviel positive Eigenschaften andere an ihnen gefunden hatten. Über die individuell therapeutische Wirkung hinaus verbesserte das "Weißer-Peter-Spiel" die Gruppenkohärenz.

ad 4: Da das "Weißer-Peter-Spiel" über eine Stunde dauerte, blieb nur noch wenig Zeit, die Technik des "Positiv-Realistischen Selbstbildes" zu erklären und zu üben.

4.6 Sitzung 6:

Therapieplan:

1. Besprechung der Aktivitätenliste
2. Diskussion des "Positiv-Realistischen Selbstbildes"
3. Einführung in das Rollenspiel

Verlauf:

ad 2: Die Patienten berichteten, daß ihnen der Ablauf der Übungen zum "Positiv-Realistischen Selbstbild"nicht ganz klar gewesen sei und daß sie sich ihr positives Selbstbild nur wenig intensiv vorstellen konnten.

ad 3: Nach der Erklärung des Ablaufs und der Absicht des Rollenspiels sollten die Teilnehmer ein erstes Rollenspiel durchführen. Ein Patient war bereit, ein Gespräch mit seinem Chef zu spielen. Da kein Teilnehmer die Rolle des Vorgesetzten übernehmen wollte, spielte einer der Therapeuten diese Rolle. Aus Zeitmangel konnte die Szene nur einmal durchgespielt werden. Bei der Besprechung ergab sich, daß sich der Patient zu unterwürfig benommen hatte, der Therapeut dagegen zu wenig autoritär. Als Hausaufgabe sollten

die Patienten Situationen für das Rollenspiel schriftlich festlegen. Dabei sollten sie die Szene zuerst so beschreiben, wie sie sich bisher verhalten hatten, und daraufhin so, wie sie sich in Zukunft verhalten wollten.

4.7 Sitzung 7:

Therapieplan:

1. Besprechung der Aktivitätenliste
2. Rollenspiel

Verlauf:

ad 2: Im Rahmen des Rollenspiels wurde zunächst die Szene der letzten Sitzung wiederholt. Der Patient reagierte nach Meinung der Gruppe diesmal zu aggressiv auf das Verhalten seines Vorgesetzten. Den Vorgesetzten stellte ein anderes Gruppenmitglied sehr überzeugend dar, das bisher durch sein sozial gehemmtes Verhalten aufgefallen war und mangelndes Durchsetzungsvermögen bei der Problemanalyse als individuelles Verhaltensproblem angegeben hatte. Zusammen mit einem weiteren Teilnehmer trainierte der Patient nun erfolgreich eine diplomatischere Gesprächsführung gegenüber seinem Vorgesetzten. Als zweite Szene dieser Sitzung probte eine Patientin ein Gespräch mit ihrem Ehemann, in dem es ihr darum ging, ihre Urlaubspläne zu verwirklichen. Auf den ersten Einwand ihres Partners gegen diese Pläne verstummte sie sofort. Nachdem eine andere Patientin ihr eine geschicktere Gesprächsführung demonstriert hatte, gelang es auch ihr, ihre Ansprüche im Rollenspiel nachhaltig zu vertreten. Als Hausaufgabe sollte jeder Teilnehmer versuchen, sich in einer Angelegenheit gegen seinen Partner durchzusetzen, in der er bisher seiner Meinung nach ungerechtfertigterweise nachgegeben hatte. Obwohl wir uns

in dieser Sitzung ganz auf das Rollenspiel konzentriert hatten, blieb doch zu wenig Zeit, um die kritischen Situationen aller zehn Patienten zu berücksichtigen und um die angegebenen Szenen gründlich üben zu können. Die Teilnehmer zögerten auch in dieser Sitzung zu lange, bis sie sich für das Rollenspiel zur Verfügung stellten. Einige äußerten Zweifel, ob die hier geübten Verhaltensweisen auf die Realität übertragen werden können.

4.8 Sitzung 8:

Therapieplan:

1. Besprechung der Aktivitätenliste
2. Besprechung der Hausaufgabe
3. Rollenspiel

Verlauf:

ad 2: Als Hausaufgabe sollten die Patienten versuchen, sich in einer Angelegenheit, in der sie bisher immer nachgegeben hatten, gegen ihren Partner durchzusetzen. Einige Teilnehmer nahmen die Aufgabe ernst, andere meinten, es hätte sich keine Gelegenheit dazu ergeben. Eine Teilnehmerin konnte erreichen, daß ihr Gatte sonntags mit ihr einen ausgedehnten Waldspaziergang unternahm, anstatt wie üblich ein Fußballspiel zu besuchen. Die Patientin, die in der letzten Gruppensitzung im Rollenspiel übte, ihren Gatten zu einer ersten Urlaubsreise zu bewegen, gewann seine Zustimmung zu einer Reise nach Paris. Zu weiteren Rollenspielen fanden wir in dieser Sitzung keine Zeit, da drei Patientinnen mit sehr ernsten Problemen in die Sitzung kamen, die vorrangig besprochen wurden. Der Enkel einer Patientin war am "plötzlichen Kindstod" gestorben. Der Ge-

sundheitszustand der Mutter einer anderen Patientin hatte sich lebensgefährlich verschlechtert und eine dritte Patientin kam direkt von der Beerdigung einer ebenfalls endogen depressiven Patientin, die Suizid begangen hatte.

4.9 Sitzung 9:

Therapieplan:

1. Besprechung der Aktivitätenliste
2. Verhaltensanalyse: Das Lob als Mittel der Verhaltenskontrolle
3. Eventuell: Rollenspiel

Verlauf:

ad 1: Die Patientin, deren Enkel gestorben war, wurde zunehmend depressiver. Die Situation der alleinlebenden Dame komplizierte sich dadurch, daß sie sich bei einem Sturz den rechten Oberarm gebrochen hatte und sich deshalb nur mit Mühe selbst versorgen konnte. Auch ihrem Hobby, der Malerei, konnte sie nicht mehr nachgehen. Die Gruppe entwickelte ein umfangreiches Aktivitätenprogramm, um der depressiven Verstimmung entgegenzuwirken. Darüber hinaus erhielt die Patientin eine antidepressive Medikation. Auch die Patientin, deren Mutter lebensgefährlich erkrankt war, klagte über eine zunehmende depressive Verstimmung. Auch sie wurde mit einem Aktivitätenprogramm und antidepressiven Medikamenten behandelt.

ad 2: Am Beispiel eines Rollenspiels und anhand von Erfahrungsberichten der Patienten wurde die Funktion des Lobens als Mittel der Verhaltenskontrolle besprochen. Die Patienten erhielten abschließend die Aufgabe, bis zur nächsten Sitzung mindestens einmal das Lob gezielt zur Verhaltenskontrolle einzusetzen.

ad 3: Wie in der letzten Sitzung konnten auch dieses Mal aus Zeitgründen keine weiteren individuellen Verhaltensprobleme im Rollenspiel durchgegangen werden.

4.10 Sitzung 10:

Therapieplan:

1. Diskussion: Lob als Mittel der Verhaltenskontrolle
2. Besprechung der Aktivitätenliste
3. Rollenspiel
4. Besprechung des Umgangs mit den erlernten Therapietechniken nach Abschluß des Therapieprogramms
5. Abschlußdiskussion

Verlauf:

ad 1: Alle Patienten, die das Loben als Technik der Verhaltenskontrolle zu Hause eingesetzt hatten, berichteten von positiven Ergebnissen. Eine Patientin, die noch in der letzten Sitzung über die mangelnde Bestätigung durch ihren Gatten geklagt hatte, erzählte, wie ihr Mann, nachdem sie ihn gelobt habe, meinte, wie gut sie doch kochen könnte. Eine andere Patientin, die seit langem darunter litt, daß sie sich mit ihrem Partner nicht aussprechen könne, kam über das Lob wieder zu einem ausführlichen Gespräch mit ihm. Eine weitere Patientin, die ihrem Gatten sagte, er habe den Rasen so schön gemäht und sie wolle ihm deshalb etwas besonders Gutes kochen, wurde von diesem sofort zum Abendessen eingeladen.

ad 2: Die beiden Patientinnen, für die die Gruppe in der letzten Sitzung ausführliche Aktivitätenlisten entwickelt hatte, da sie deutliche Anzeichen einer depressiven Verstimmung zeigten, hatten sich sehr genau an diese Listen

gehalten. Mit einer der beiden Patientinnen hatte ein anderes Gruppenmitglied spontan einen Ausflug unternommen. All das habe aber nach Aussage der Betroffenen ihren Zustand nicht wesentlich gebessert. Die Patientengruppe stimmte schließlich überein, daß das Therapieprogramm zwar die Depression lindern, sie aber nie verhindern könne. Die Depression überkomme sie wie z.B. eine Grippe.

ad 3: Im Rahmen des Rollenspiels wurden auf Anregung der Patienten folgende Szenen durchgespielt: Erstens: Wie erkläre ich anderen meine Krankheit? Und zweitens: Ich betrete ein Lokal, in dem schon andere Gäste, die mir teilweise bekannt sind, anwesend sind. An die erste Szene schloß sich eine Diskussion darüber an, ob es zweckmäßig sei, am Arbeitsplatz von seiner Krankheit zu erzählen. Im Anschluß an die zweite Szene berichteten viele Patienten von Hemmungen bei der sozialen Kontaktaufnahme.

ad 5: In der Abschlußdiskussion gaben alle Patienten ein sehr positives Gesamturteil über die Therapie ab. Obwohl sie sich gelegentlich zur Teilnahme hätten überwinden müssen, und der zeitliche Aufwand oft erheblich gewesen sei, hätten sie ihre Teilnahme zu keinem Zeitpunkt des Programms bereut. Die individuellen Verhaltensprobleme, deretwegen sie sich zur Therapie entschlossen hätten, hätten sich im Verlauf des Programms nach eigenen Angaben bei allen Patienten gebessert. Von den angebotenen Therapieverfahren schnitten im Urteil der Patienten sowohl in der Attraktivität als auch in der Effizienz die Entspannungstechniken, die Aktivitätenliste und das allgemeine Gruppengespräch am besten ab. Die Desensibilisierung und die Übung im "Positiv-Realistischen Selbstbild" erschienen den Patienten zu kompliziert. An der Konzeption des Rollenspiels bezweifelten sie die Übertragbarkeit der hier erlernten Verhaltensweisen auf die Realsituation. Auch hätten sie

große Hemmungen gehabt, vor der Gruppe zu spielen. Für den organisatorischen Ablauf empfahlen die Patienten, die einzelnen Gruppensitzungen zu verlängern. Bei der Alternative zwischen Einzel- oder Gruppentherapie entschieden sie sich eindeutig für die Gruppentherapie. Die Patienten regten an, daß die Gruppe auch nach Abschluß des Programms in größeren Abständen regelmäßig zusammenkommen sollte. Das Urteil der Patienten über die Therapie versuchten wir in einem eigens hierfür konstruierten Fragebogen quantitativ zu erfassen. Der Fragebogen kann im Anhang dieser Arbeit nachgelesen werden. Seine Ergebnisse werden zusammen mit den anderen Ergebnissen der Therapiekontrolle referiert.

III. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Alle zehn Patienten nahmen regelmäßig an den Therapiesitzungen teil und erschienen auch zu den drei Untersuchungsterminen. Die Ergebnisse von zwei Patienten wurden bei der gruppenstatistischen Auswertung nicht berücksichtigt, da diese Patienten wegen starker Depressionen zusätzlich mit Antidepressiva behandelt werden mußten. Für die depressive Verstimmung konnten in beiden Fällen konkrete Auslöser festgestellt werden: Der Enkel der einen Patientin starb am plötzlichen Kindstod. Die Mutter der anderen Patientin erkrankte lebensgefährlich.

Die Ergebnisse der Testbatterie wurden mit einer Varianzanalyse für Meßwiederholungen (WINER 1973) in Verbindung mit einem konservativen F-Test wegen der möglichen Inhomogenität der Varianz-Covarianz Matrix (GEISSER und GREENHOUSE 1958) überprüft. Die Datenauswertung wurde mit Hilfe eines HP 9830-Rechners der Abteilung für experimentelle und klinische Psychologie der Universitätsnervenklinik München durchgeführt.

1. Ergebnisse des Problembarometers

Mit dem Problembarometer wurde versucht, das Verhaltenskriterium zu erfassen. Die Patienten schätzten dabei den Schweregrad ihrer individuellen Verhaltensprobleme auf einer Skala von 0 bis 100. Wir erwarteten, daß die Skalenwerte des Problembarometers von der Voruntersuchung zur Abschlußuntersuchung und zur Nachuntersuchung deutlich abnehmen. Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse des Problembarometers.

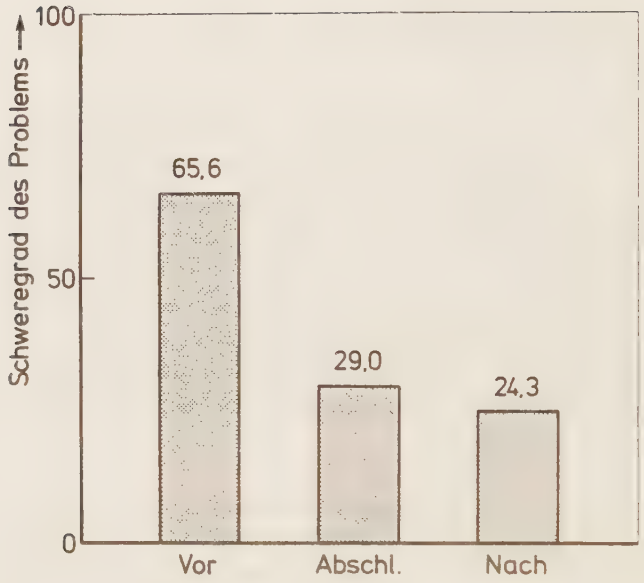


Abb. 1: Ergebnisse des Problembarometers

Der Mittelwert fällt von der Voruntersuchung ($\bar{x}$ = 65,6, σ = 20,1) zur Abschlußuntersuchung ($\bar{x}$ = 29,0, σ = 19,9) deutlich ab. Bei der Nachuntersuchung drei Monate nach Beendigung der Therapie ergab sich eine weitere Verringerung dieses Wertes ($\bar{x}$ = 24,3, σ = 17,3). Nach der varianzanalytischen Untersuchung handelt es sich dabei um ein sehr signifikantes Ergebnis ($F_{2, 12} = 94,7$, $p \leq 0,001$).

Nach dem Urteil der Patienten selbst verringerte sich also der Schweregrad ihrer individuellen Verhaltensprobleme durch das Therapieprogramm deutlich. Diese Entwicklung setzte sich bis zur Nachuntersuchung fort. Mit ihren qualitativen Aussagen im Rahmen des problemorientierten Interviews bestätigten die Patienten dieses Ergebnis des Problembarometers.

2. Ergebnisse des MMPI-Saarbrücken

Der MMPI versucht als multidimensionaler, objektiver Persönlichkeitstest alle klinisch relevanten Persönlichkeitszüge zu erfassen. Für die vorliegende Untersuchung schienen die Skala für Psychasthenie als wichtigste Neurotizismus-Skala und die Skalen für Depression, Schizoidie und Hypochondrie, die depressive Persönlichkeitszüge zum Inhalt haben, besonders relevant. Die Ergebnisse dieser Skalen werden im folgenden referiert.

2.1 Ergebnisse der Skala für Psychasthenie

Diese Skala erfaßt phobisches und zwanghaftes Verhalten. Probanden mit erhöhten Werten erscheinen ängstlich und gespannt und sind Konfliktsituationen häufig nicht gewachsen. Sie zeichnen sich durch Gewissenhaftigkeit aus und neigen zur Selbstkritik. Da diese Skala gerade solche Verhaltensstörungen und Persönlichkeitszüge mißt, unter denen unsere Patienten zu Beginn der Therapie litten, müßte sie einen Therapieerfolg besonders deutlich aufzeigen. Abbildung 2 zeigt, welche Mittelwerte sich auf dieser Skala zu den drei Untersuchungsterminen ergaben.

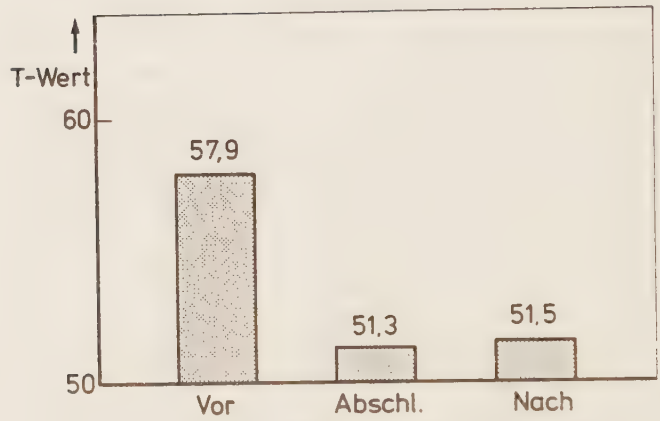


Abb. 2: Ergebnisse der Skala für Psychasthenie des MMPI

Der leicht erhöhte Wert der Voruntersuchung von 57,9 (σ = 14,5) fällt in der Abschlußuntersuchung auf 51,3 (σ = 14,6) und steigt bis zur Nachuntersuchung unwesentlich auf 51,5 (σ = 16,8). Die Varianzanalyse weist dieses Ergebnis als signifikant aus ($F_{2, 14} = 6,4$, $p \leq 0,01$).

Die Entwicklung der Werte auf der Psychasthenieskala des MMPI-Saarbrücken läßt darauf schließen, daß die Patienten nach der Therapie weniger phobisches und zwanghaftes Verhalten zeigten und in Konfliktsituationen weniger ängstlich reagierten und daß sich dieser Effekt auch drei Monate nach Beendigung der Therapie noch feststellen ließ. Damit bestätigen die Ergebnisse des MMPI die des Problembarometers nach Inhalt und Verlauf.

2.2 Ergebnisse der Skala für Depression

Obwohl das Therapieprogramm nicht auf die endogene Depression abzielte, interessierte doch, ob sich auf dieser Skala Veränderungen ergeben würden. Abbildung 3 zeigt ihre Ergebnisse.

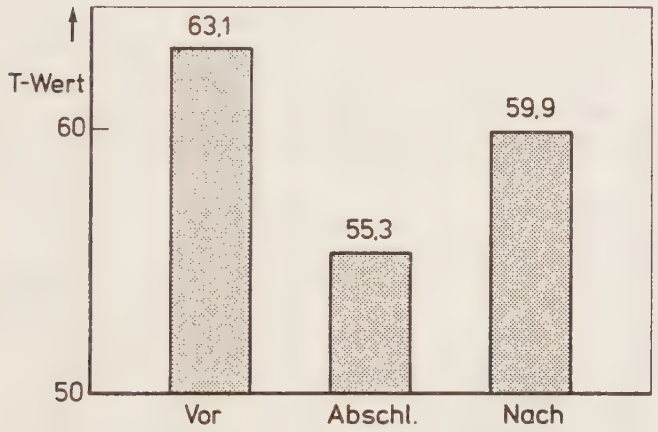


Abb. 3: Ergebnisse der Skala für Depression des MMPI

Der erhöhte Wert der Voruntersuchung ($\bar{x}$ = 63,1, σ = 19,5) sinkt bis zur Abschlußuntersuchung sichtbar ($\bar{x}$ = 55,3, σ = 11,5) und steigt bis zur Nachuntersuchung wieder an ($\bar{x}$ = 59,9, σ = 16,2). Aufgrund großer Streuungen der Einzelwerte weist die Varianzanalyse diese Entwicklung nicht als signifikant aus ($F_{2, 14} = 2,5$, $p \leq 0,1$)

2.3 Ergebnisse der Skala für Schizoidie

Auf dieser Skala erreichen introvertierte und realitätsfremde Persönlichkeiten hohe Werte. Wir erwarteten, daß die Patienten durch die Gruppentherapie weniger introvertiert reagieren und einen besseren Realitätsbezug zeigen würden. Abbildung 4 gibt die Ergebnisse dieser Skala wieder.

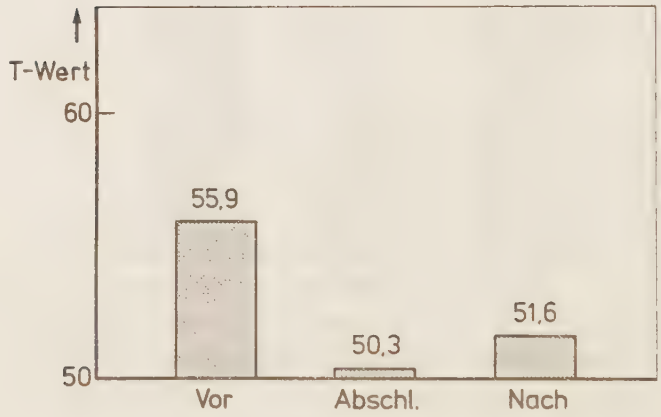


Abb. 4: Ergebnisse der Skala für Schizoidie des MMPI

Der mäßig erhöhte Wert der Voruntersuchung ($\bar{x}$ = 55,9, σ = 10,0) sinkt in der Abschlußuntersuchung bis auf die Normlinie ($\bar{x}$ = 50,3, σ = 8,0) und steigt bis zur Nachuntersuchung wieder leicht an ($\bar{x}$ = 51,6, σ = 11,8). In der Varianzanalyse erreicht dieses Ergebnis die Vertrauensgrenze von $p \leq 0,05$ ($F_{2, 14} = 4,4$, $p \leq 0,03$).

Die Teilnehmer zeigten also nach der Gruppentherapie im MMPI tatsächlich weniger introversive Tendenzen und einen besseren Realitätsbezug.

2.4 Ergebnisse der Skala für Hypochondrie

Die zu intensive Beschäftigung mit seinen möglichen Krankheiten ist ein Symptom des depressiven Patienten. Die Verhaltenstherapie will solchen Tendenzen entgegenwirken. Wir erwarteten also als einen Effekt unserer Behandlung das Absinken dieses Wertes. Abbildung 5 stellt die Ergebnisse dieser Skala graphisch dar.

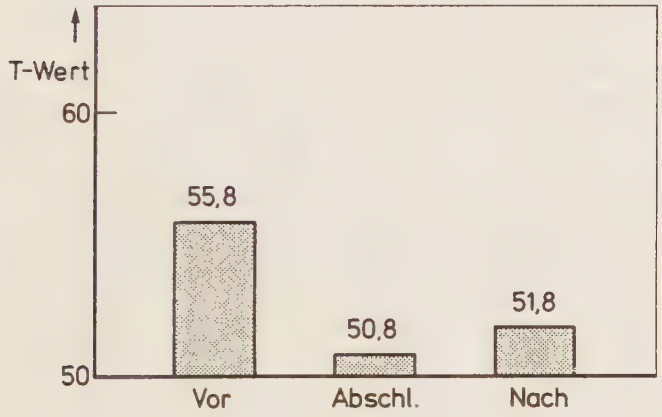


Abb. 5: Ergebnisse der Skala für Hypochondrie des MMPI

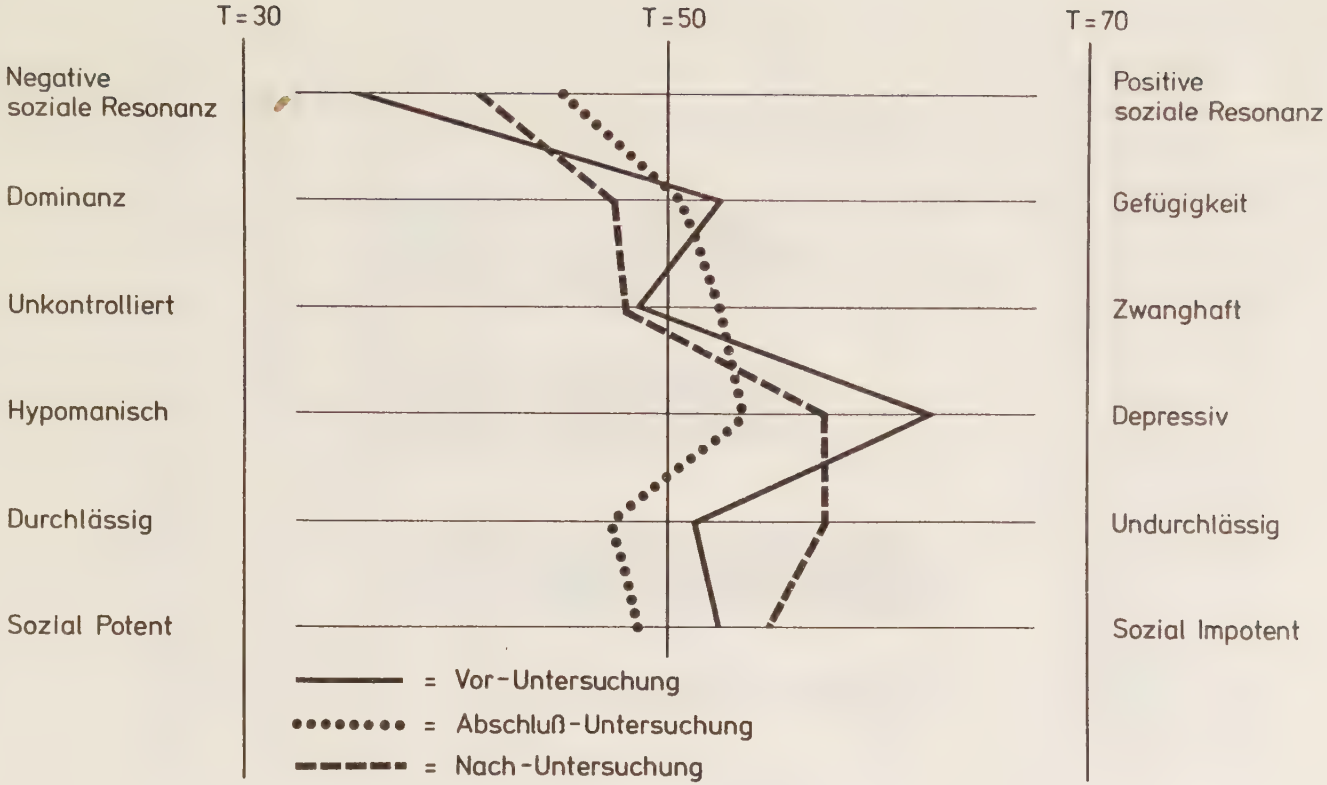
Der leicht erhöhte Wert der Voruntersuchung ($\bar{x}$ = 55,8, σ = 14,7) nähert sich in der Abschlußuntersuchung beinahe vollständig dem Mittelwert ($\bar{x}$ = 50,8, σ = 11,7) und steigt zur Nachuntersuchung geringfügig an ($\bar{x}$ = 51,8, σ = 16,5). Wegen der großen Streuung der Einzelwerte erreicht auch dieses Ergebnis in der Varianzanalyse nicht die Vertrauensgrenze von $p < 0,05$ ($F_{2,14} = 2,1$, $p \leq 0,15$).

3. Ergebnisse des Gießen-Tests

Der Gießen-Test mißt das Selbstbild der Probanden. Wir nahmen an, daß sich durch das Therapieprogramm nicht nur das objektive Verhalten der Patienten normalisiert, sondern auch ihre Einstellungen sich selbst gegenüber. Abbildung 6 zeigt das Gruppenprofil der Therapiegruppe zu den drei Untersuchungsterminen. Es handelt sich wiederum um "T"-Werte, so daß die stark ausgezogene Linie "50" den Mittelwert darstellt.

Die Graphik macht deutlich, daß das Profil der Voruntersuchung auf der Skala der sozialen Resonanz und der Skala für die Grundstimmung von dieser Norm abweicht. Wir erwarteten, daß sich die Werte dieser beiden Skalen durch die Behandlung normalisieren.

In der Abschlußuntersuchung ergibt sich dementsprechend ein Gruppenprofil, das sich sehr eng an die Mittellinie der "T"-Tabelle anlehnt. Die Kurve der Nachuntersuchung liegt zwischen den beiden anderen Profilen.


T = 30
T = 50
T = 70
Negative soziale Resonanz
Dominanz
Unkontrolliert
Hypomanisch
Durchlässig
Sozial Potent
Positive soziale Resonanz
Gefügigkeit
Zwanghaft
Depressiv
Undurchlässig
Sozial Impotent
= Vor-Untersuchung
= Abschluß-Untersuchung
= Nach-Untersuchung

3.1 Ergebnisse der Skala für die Grundstimmung

Die Skala für die Grundstimmung ist zwischen den beiden Polen einer depressiven Gestimmtheit auf der einen Seite und einer hypomanischen Gestimmtheit auf der anderen Seite aufgespannt. Abbildung 7 zeigt die Ergebnisse dieser Skala.

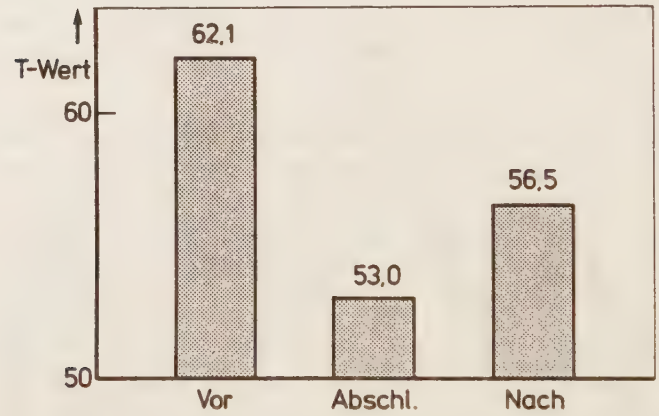


Abb. 7: Ergebnisse der Skala für Depression des Gießen-Tests

Die Patienten schätzten sich vor der Behandlung als deutlich depressiver ein als ihre Mitmenschen ($\bar{x}$ = 62,1, σ = 11,5). Nach der Behandlung verstanden sie sich weitgehend als nicht mehr und nicht weniger depressiv als andere ($\bar{x}$ = 53,0, σ = 7,8). Drei Monate nach Beendigung der Therapie beurteilen sie sich wieder etwas depressiver ($\bar{x}$ = 56,5, σ = 9,5). Dieses Ergebnis ist varianzanalytisch auf dem 0,05 Signifikanzniveau abgesichert.

3.2 Ergebnisse der Skala für soziale Resonanz

Diese Skala mißt, inwieweit der Proband das Gefühl hat, im sozialen Kontakt eine positive oder eine negative Resonanz zu erzielen. Wir nahmen an, daß die Gruppentherapie negative Einschätzungen auf dieser Skala korrigieren würde. Abbildung 8 zeigt ihre Ergebnisse zu den drei Untersuchungsterminen.

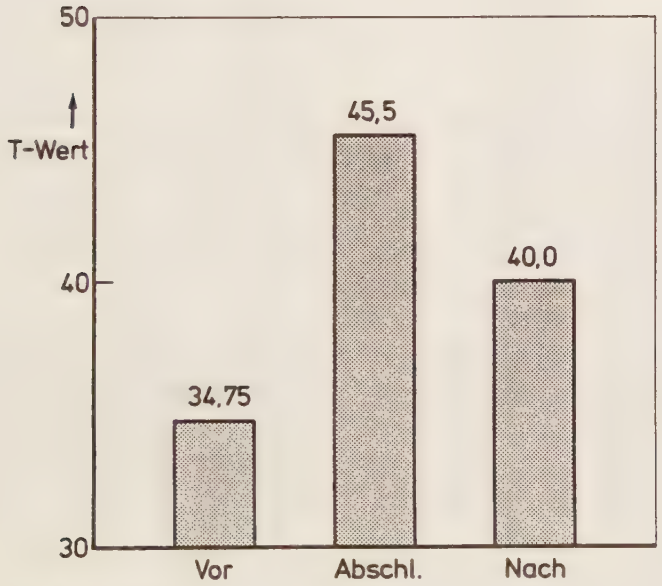


Abb. 8: Ergebnisse der Skala für positive soziale Resonanz des Gießen-Tests

Wieder handelt es sich um T-Werte, so daß ein Wert von 50 dem Mittelwert der Gesamtpopulation entspricht. Ge-

messen daran schätzten unsere Patienten ihre soziale Resonanz in der Voruntersuchung weit negativer ein ($\bar{x}$ = 34,8, σ = 11,4). Nach Abschluß der Therapie ist ihre Selbsteinschätzung auf diesem Gebiet beinahe so positiv wie die der Gesamtpopulation ($\bar{x}$ = 45,5, σ = 8,2). Die Nachuntersuchung ergibt leicht niedrigere Werte ($\bar{x}$ = 40,0, σ = 9,8). Dieses positive Therapieergebnis ist varianzanalytisch abgesichert ($F_{2, 14} = 5,7$, $p \leq 0,015$).

4. Ergebnisse der sozialen Anpassungsskala

Die soziale Anpassungsskala soll die soziale Anpassung des Probanden in den verschiedenen Lebensbereichen erfassen. Ihr Maßstab reicht von 1 bis 5. Werte über 4 gelten als pathologisch. Falls in der Voruntersuchung solche Werte auftreten würden, erwarteten wir deren Absinken im Verlauf der Behandlung.

Die Voruntersuchung ergab keine derart erhöhten Werte. Sichtbare Differenzen zwischen den Gruppenmittelwerten zu den verschiedenen Untersuchungsterminen errechneten sich nur für den Freizeitscore und für den Gesamtscore, der über alle Lebensbereiche ermittelt wird.

Abbildung 9 und 10 zeigen diese Ergebnisse. Die Mittelwertsdifferenzen sind nicht signifikant ($F_{2, 12} = 1,8$, $p \leq 0,2$ bzw. $F_{2, 12} = 2,0$, $p \leq 0,18$).

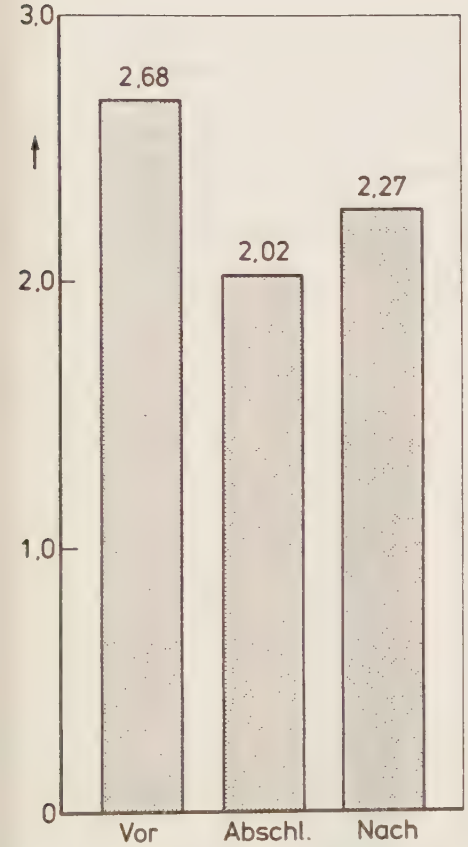


Abb. 9: Ergebnisse der sozialen Anpassungsskala: Freizeitscore

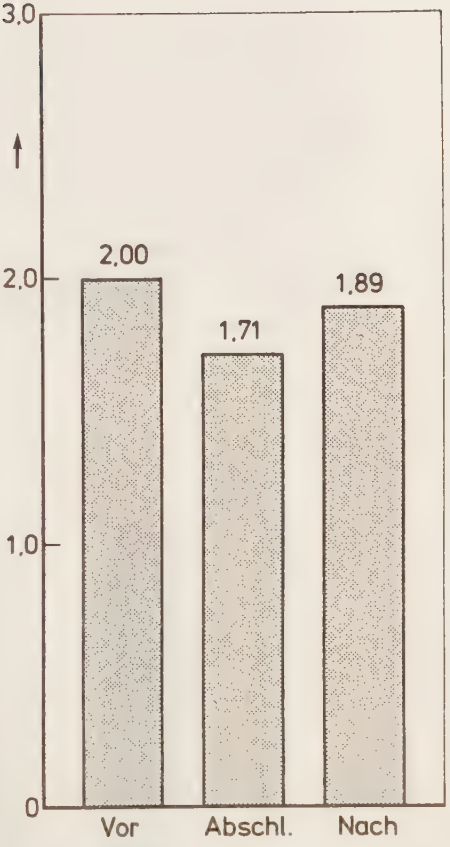


Abb. 10: Ergebnisse des Gesamtscores der sozialen Anpassungsskala

5. Ergebnisse der Befindlichkeitsskala

Die Befindlichkeitsskala gibt das Befinden des Patienten zwischen den beiden Polen ausgesprochenen Wohlbefindens (Minimalwert) und hochgradigen Mißbefindens (Maximalwert) wieder. Wir erwarteten, daß sich das Befinden der Patienten im Verlauf der Therapie bessern würde. Abbildung 11 zeigt die Ergebnisse.
Wie aus der Varianzanalyse hervorgeht, erreichen die Mittelwertsdifferenzen keine der üblichen Signifikanzgrenzen ($F_{2,\ 12} = 2{,}4$, $p \leq 0{,}13$).

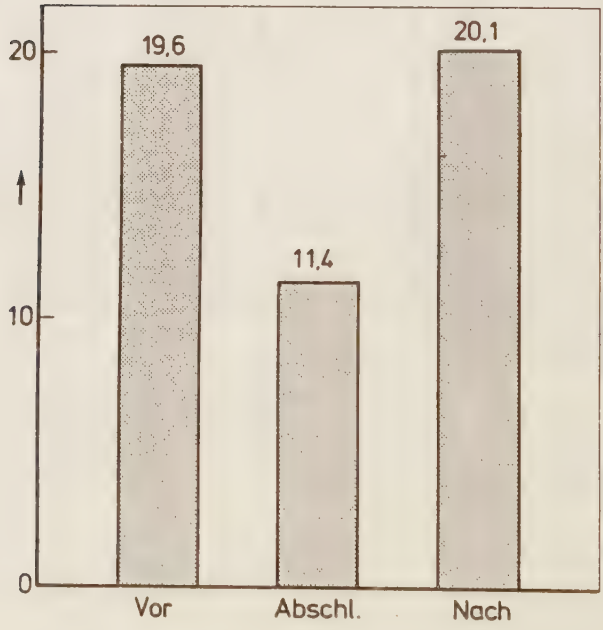


Abb. 11: Ergebnisse der Befindlichkeitsskala

6. Ergebnisse der Beschwerdenliste

Nach demselben Prinzip konstruiert wie die Befindlichkeitsskala erfaßt die Beschwerdenliste die körperlichen Beschwerden des Probanden. Da neurotische Störungen häufig mit somatischen Beschwerden korrelieren, erwarteten wir auch hier eine Verringerung der Testwerte durch die Behandlung. Abbildung 12 zeigt die Mittelwerte zu den Untersuchungsterminen.

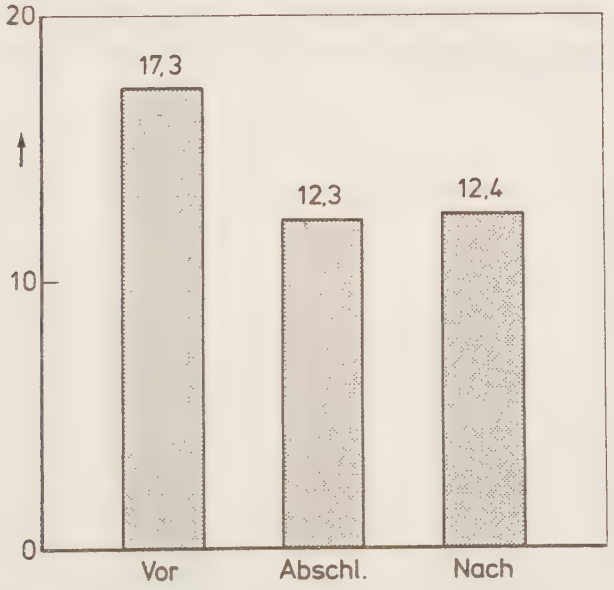


Abb. 12: Ergebnisse der Beschwerdenliste

Auch dieses Ergebnis ist nicht signifikant ($F_{2, 14} = 2{,}5$, $p \leq 0{,}1$).

7. Ergebnisse der Depressionsskala (HAMILTON 1960)

Die "HAMILTON-Meßskala für Depression" wurde von einem an der Therapie nicht beteiligten Arzt ausgefüllt. Dieses standardisierte Interview erlaubt, den Umfang depressiver Symptomatik quantitativ zu erfassen. Obwohl sich das Therapieprogramm nicht an dieser Symptomatik orientierte, interessierte doch, welche Nebenwirkungen hierauf ein an der Therapie nicht beteiligter Arzt beobachtete. Abbildung 13 zeigt die zu den drei Untersuchungszeitpunkten errechneten Mittelwerte dieser Skala.
Auch diese Resultate erwiesen sich varianzanalytisch als nicht siginifikant ($F_{2,\ 14} = 1{,}2,\ p \leq 0{,}34$).

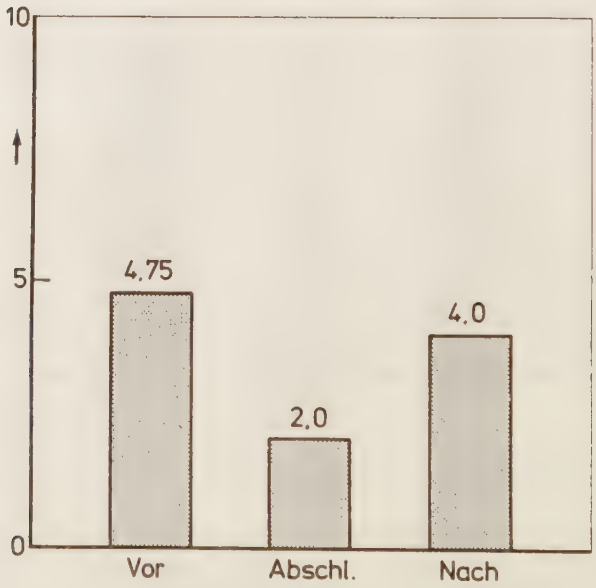


Abb. 13: Ergebnisse der HAMILTON-Meßskala für Depressionen

8. Ergebnisse des AMP-Bogens für den psychischen Befund

Anhand des AMP-Bogens erfaßte der an der Behandlung nicht beteiligte Arzt den gesamten psychopathologischen Befund des Patienten. Die erreichte Punktzahl gibt in unserer Untersuchung das Ausmaß psychopathologischer Symptomatik wieder. Ein Behandlungserfolg sollte sich auch im Urteil des unbeteiligten Arztes durch ein Absinken der Punktzahl widerspiegeln. Abbildung 14 zeigt die errechneten Mittelwerte.

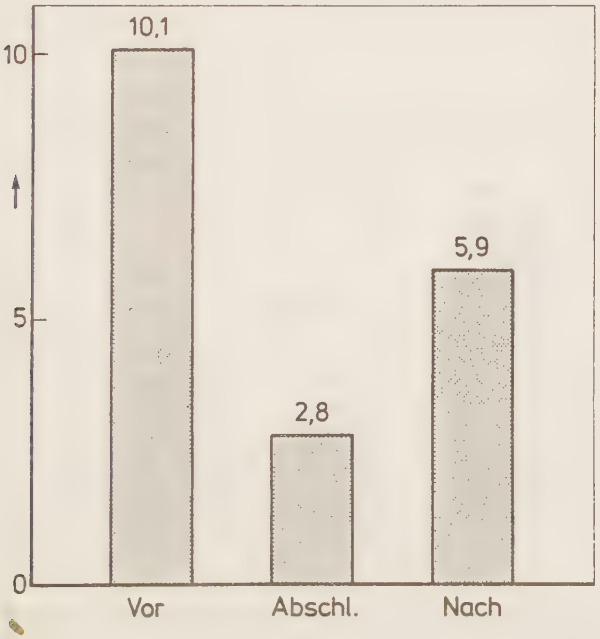


Abb. 14: Ergebnisse des AMP-Bogens für den psychischen Befund

Die Mittelwertsdifferenzen sind nicht signifikant ($F_{2, 14} = 2,0$, $p \leq 0,17$).

9. Ergebnisse des AMP-Bogens für den somatischen Befund

Dieser AMP-Bogen erfaßt den körperlichen Befund einer psychiatrischen Untersuchung. Er ist genauso konstruiert wie der Bogen für den psychischen Befund. Wegen der Korrelation psychischer und somatischer Symptome gerade bei den depressiven Krankheiten sollte auch sein Ergebnis einen Therapieeffekt aufzeigen. Abbildung 15 zeigt die entsprechenden Mittelwerte.

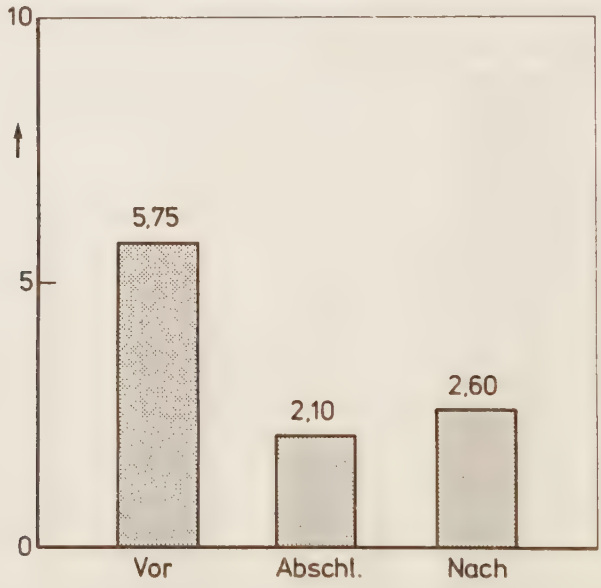


Abb. 15: Ergebnis des AMP-Bogens für den somatischen Befund

Auch dieses Ergebnis ist nicht signifikant ($F_{2, 14} = 2,0$, $p \leq 0,17$).

10. Ergebnisse des Fragebogens zur abschließenden Beurteilung des Therapieprogramms durch die Patienten

Der Fragebogen enthielt Fragen zur Gesamtbeurteilung des Programms und Fragen zu den einzelnen Therapietechniken. Die Ergebnisse der Gesamtbeurteilung werden in Form einer Übersicht dargestellt, in der zuerst der Inhalt der jeweiligen Frage stichwortartig genannt wird und dann die Häufigkeit, mit der die Patienten die zu jeder Frage angebotenen Alternativen wählten. Die Ergebnisse der Fragen zu den einzelnen Therapietechniken werden graphisch aufgezeigt.

10.1 Ergebnisse des Fragebogens zur Gesamtbeurteilung des Programms

Inhalt der Frage	Häufigkeit
I. Attraktivität des Programms:	
sehr hoch	8
mittel	1
niedrig	0
II. Hilfe durch die Behandlung:	
sehr viel	4
etwas	5
wenig	0
III. Grund für die regelmäßige Teilnahme:	
Gefühl der Hilfe durch die Therapie	8
Gruppenerlebnis	5
Versprechen zu Beginn der Therapie	3
Andere Gründe	0

IV.	Zeitdauer der Anreise zur Therapie:	
	mindestens 2 Stunden	2
	mindestens 1 Stunde	5
	mindestens 45 Minuten	2
V.	Nutzen der Therapie im Vergleich zum zeitlichen Aufwand:	
	sehr hoch	3
	ausgewogenes Verhältnis	6
	zu gering	0
VI.	Wünschenswerte Anzahl der Sitzungen:	
	mehr als 10	1
	10 sind gerade richtig	6
	weniger als 10	2
VII.	Psychisches Befinden in der Gruppe:	
	sehr gut	7
	im allgemeinen gut	2
	schlecht	0
VIII.	Eingehen der Gruppe auf die eigenen Probleme:	
	ausführlich	8
	zu wenig	0
	viel zu wenig	1
IX.	Motivation zur Erledigung der "Hausaufgaben":	
	durch die Gruppe	4
	durch die Therapeuten	3
	Eigenmotivation	3
X.	Gruppentherapie oder Einzeltherapie:	
	Nur Gruppentherapie	2
	Kombination beider Formen	4
	Einzeltherapie	3

Das Gesamturteil der Patienten über das Therapieprogramm fiel nach den Ergebnissen dieses Fragebogens außerordentlich positiv aus. Sie bescheinigten ihm eine hohe Attraktivität und sind überzeugt, daß es ihnen wichtige Hilfen zur Lösung ihrer Probleme an die Hand gegeben habe. Dieser günstige Gesamteindruck erwies sich als eine der Motivationen für ihre engagierte und regelmäßige Teilnahme. So hatten sie auch das Gefühl, daß sich ihr oft erheblicher zeitlicher Aufwand für die Behandlung durchaus gelohnt habe. Als eine andere wichtige Quelle ihrer Motivation nannten sie das positive Gruppenerlebnis. Die meisten Patienten gaben an, daß sie sich in der Gruppe sehr wohl gefühlt hatten und daß im Gruppengespräch sehr ausführlich auf ihre individuellen Probleme eingegangen worden sei. Dennoch tendieren sie, vor die Alternative: Gruppentherapie oder Einzeltherapie gestellt, zu einer Kombination beider Formen.

10.2 Ergebnisse des Fragebogens zur Beurteilung der einzelnen Therapietechniken

I. Frage:
Wie sehr haben Ihnen die gelernten Techniken im einzelnen bei der Lösung Ihrer Probleme geholfen?
Die Patienten konnten bei ihrer Antwort zwischen den Alternativen: "Nicht geholfen", "etwas geholfen" und "sehr geholfen" wählen. Nach der Gewichtung dieser Antworten mit 0, 1 oder 2 wurden die Punktzahlen für jede Technik addiert. Das Ergebnis ist in Abbildung 16 dargestellt.

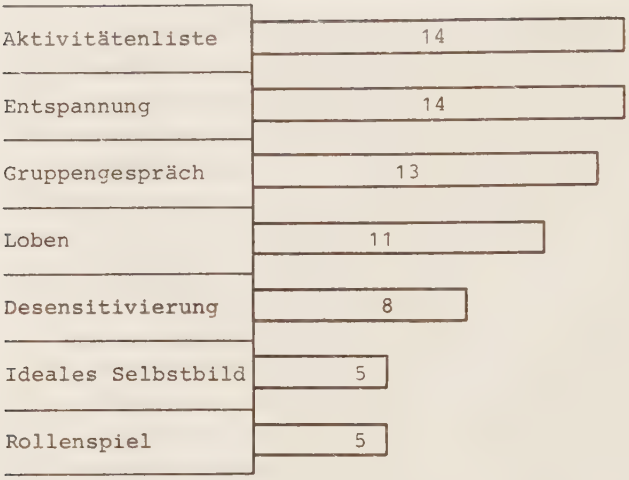


Abb. 16: Ergebnisse der abschließenden Beurteilung der Therapie durch die Patienten: Hilfe durch die einzelnen Techniken

Die Aktivitätenliste und die Entspannungsübungen haben den Patienten nach ihrer eigenen Einschätzung etwa gleich stark bei der Lösung ihrer individuellen Problem geholfen. Obwohl das Gruppengespräch nicht zu den Therapietechniken im engeren Sinne zu zählen ist, wurde es doch in den Fragebogen als eigener Therapiefaktor mit aufgenommen, da die Therapeuten im Verlauf des Programms immer mehr den Eindruck gewannen, daß das Gruppengespräch und das Gruppenerlebnis einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg der Behandlung leistete. Bemerkenswert ist das gute Abschneiden des "Lobes als Mittel der Verhaltenskontrolle". Desensitivierung, ideales Selbstbild und Rollenspiel schnitten überraschend schlecht ab.

II. Frage:
Welche Techniken haben Sie zu Hause geübt bzw. durchgeführt?
Die Patienten konnten zwischen den Antworten "nie", "manchmal" und "oft" wählen. Mit den Ergebnissen wurde genauso verfahren wie bei Frage I. Sie sind auf Abbildung 17 dargestellt.

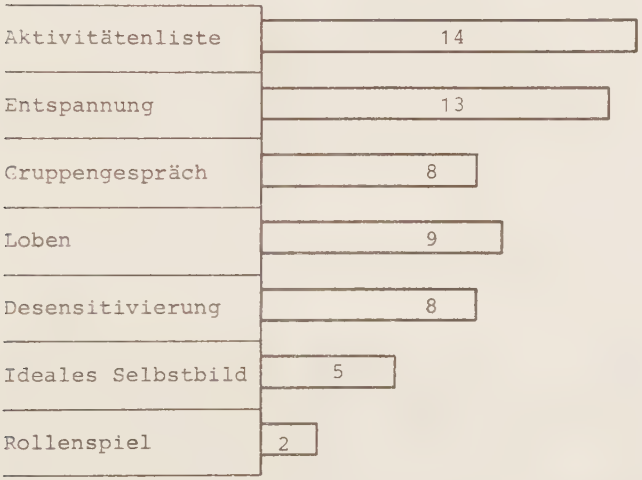


Abb. 17: Ergebnisse der abschließenden Beurteilung der Therapie durch die Patienten: Selbständiges Üben der einzelnen Techniken

Diese Wertung entspricht in etwa den Ergebnissen zur Frage I.

III. Frage:
Welche Techniken werden Sie weiterhin anwenden?
Wieder standen den Patienten drei Antwortmöglichkeiten zur Wahl, die genauso verrechnet wurden wie bei den er-

sten beiden Fragen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 18 dargestellt.

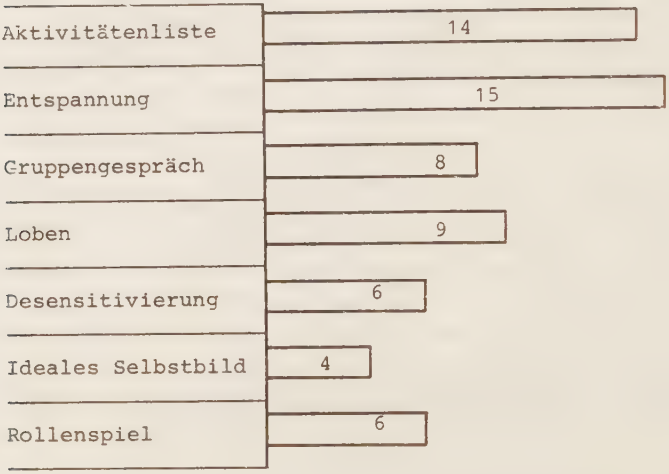


Abb. 18: Ergebnisse der abschließenden Beurteilung der Therapie durch die Patienten: Absicht, die Technik weiterhin zu üben

Um die Wertigkeit der einzelnen Therapietechniken für den Erfolg des Programms zusammenfassend beurteilen zu können, wurden die in den drei Fragen erreichten Punktzahlen jeder Technik addiert. Das Ergebnis ist in Abbildung 19 dargestellt.

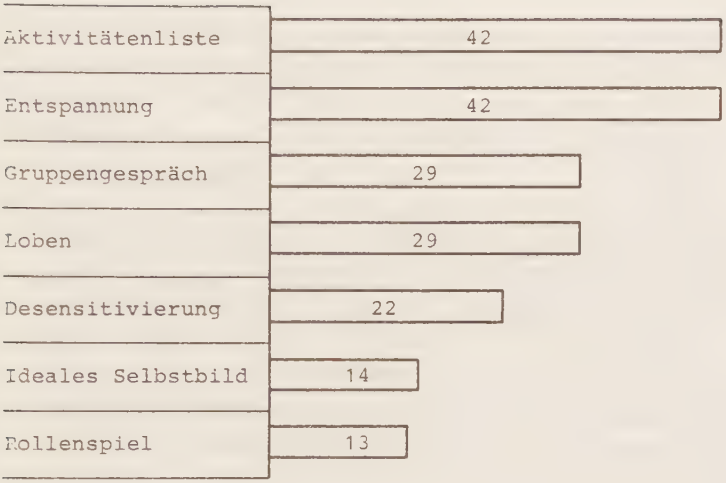


Abb. 19: Zusammenfassung der abschließenden Beurteilung der einzelnen Therapietechniken durch die Patienten

Die Aktivitätenliste und die Entspannungsübungen werden von den Patienten als die wichtigsten Therapietechniken eingestuft. Auch dem allgemeinen Gruppengespräch messen sie eine hohe therapeutische Bedeutung bei. Gemessen daran, daß das Lob als Mittel der Verhaltenskontrolle nur Gegenstand einer Sitzung und einer Hausaufgabe war, schneidet es im Urteil der Patienten überraschend positiv ab. Den komplizierten Techniken der Desensitivierung und des idealen Selbstbilds konnten sie dagegen weniger abgewinnen. Obwohl auf das Rollenspiel in diesem Therapieplan relativ viel Zeit verwendet wurde, beurteilten die Patienten dessen therapeutische Bedeutung als überraschend gering.

IV. DISKUSSION

In der vorliegenden Pilot-Studie sollte geklärt werden, ob eine Verhaltenstherapie in der Gruppe die Lithiumprophylaxe affektiver Psychosen sinnvoll ergänzen kann. Dieses Thema wurde in der Einleitung (S. 5) in sechs Teilfragen aufgeschlüsselt. Abschließend soll versucht werden, diese anhand der gewonnenen Ergebnisse zu beantworten.

1. Als Voraussetzung für eine sinnvolle Psychotherapie sollte zunächst geklärt werden, ob Patienten unter Lithiumprophylaxe überhaupt Verhaltensstörungen zeigen, die eine psychologische Zusatzbehandlung erfordern.

   DOSTAL (1971), ARNOLD (1973) und Müller-OERLINGHAUSEN (1976) fanden derartige Verhaltensstörungen. Wie die Schilderung ihres Problemverhaltens auf Seite 7 f. dieser Arbeit ergibt, zeigen auch die zehn Patienten, die am vorliegenden Therapieprogramm teilnahmen, zahlreiche Symptome neurotischen Charakters, die einer psychologischen Behandlung zugänglich sind. Diese Symptome stimmen mit denen der genannten Autoren weitgehend überein: Zwanghaftes Verhalten, Phobien, allgemeine Ängstlichkeit, Unsicherheit in sozialen Situationen, Partnerschaftsprobleme, Insuffizienzgefühle, Arbeitsstörungen, Schlafstörungen, Müdigkeit und Anfälligkeit für reaktive Depressionen. Unabhängig davon, welche Ursachen für die einzelnen Symptome verantwortlich gemacht werden müssen, erfordern solche Verhaltensstörungen auch nach der übereinstimmenden Meinung verschiedener Autoren eine Behandlung (BENSON 1975, DAVENPORT 1977, SCHOU 1973, HIPPIUS 1972). Durch

die vorliegende Arbeit unbeantwortet bleibt die Frage, ob die genannten Verhaltensstörungen bei Lithium-Patienten häufiger auftreten als in anderen Populationen. Wegen der besonderen Gefährdung dieser Patienten ist ihre Behandlung jedenfalls dringlicher.

2. Eine weitere Voraussetzung für eine sinnvolle Psychotherapie ist die Motivation der Patienten zur Teilnahme und zur aktiven Mitarbeit. Für die vorliegende Pilot-Studie stellte sich damit die Frage, ob das verhaltenstherapeutische Gruppenprogramm ambulante Patienten zur regelmäßigen Teilnahme und zur aktiven Mitarbeit bewegen konnte.

In der Vorbereitungsphase dieser Studie zeigte sich, daß, obwohl nach Angaben der betreuenden Ärzte ein großer Teil der Patienten aus der Lithiumambulanz über Verhaltensstörungen klagten, doch nur wenige bereit waren, die Belastungen, die sich aus einer Teilnahme an dem Therapieprogramm ergeben würden, auf sich zu nehmen. Einige Patienten fürchteten auch die erneute Konfrontation mit ihrer Krankheit. Entscheidend für den Entschluß zur Teilnahme waren der Leidensdruck, die Angst vor einer weiteren Phase, eine gewisse Neugierde auf das Programm und der eindringliche Rat des betreuenden Arztes. Die Ergebnisse des Fragebogens zur abschließenden Beurteilung des Programms und die Aussagen der Patienten im Interview durch den unbeteiligten Arzt zeigen, daß das Programm die Motivation der teilnehmenden Patienten festigen und aufrechterhalten konnte. Im Fragebogen schätzten 8 von 9 Patienten die Attraktivität des Programms als "sehr hoch" ein und alle 9 Patienten meinten, ihr oft erheblicher zeitlicher Aufwand für die Therapie habe sich gelohnt. Ein objektiver Beweis für das hohe Mo-

tivationsniveau der Teilnehmer ist, daß alle 10 Patienten die Therapiesitzungen regelmäßig besuchten und das Programm bis zum Ende durchhielten. Ausschlaggebend hierfür war nach den Angaben der Patienten im Fragebogen das Gefühl, die Therapie würde ihnen bei der Lösung ihrer Probleme helfen. Als sehr motivierend erwies sich auch das Gruppenerlebnis. 5 von 9 Patienten nannten es als einen der Gründe für ihre regelmäßige Teilnahme, 4 fühlten sich durch die Gruppe zur Durchführung der Hausaufgaben verpflichtet. 7 fühlten sich in der Gruppe "sehr wohl". Von den einzelnen Therapietechniken trugen besonders die Entspannungsübungen und das Gruppengespräch zur Motivierung bei.

3. Das entscheidende Kriterium zur Beurteilung einer Therapie ist sicher, ob sie die Beschwerden, die sie beheben soll, auch tatsächlich behebt oder wenigstens mindert. Besserten sich also bei den teilnehmenden Patienten durch das Therapieprogramm die Verhaltensstörungen neurotischen Charakters, bzw. welche anderen therapeutischen Wirkungen ergaben sich?

   Zur Beantwortung dieser Frage wurde der Erfolg des Therapieprogramms durch eine umfangreiche Testbatterie kontrolliert, die den Patienten vor Beginn der Behandlung, nach deren Abschluß und drei Monate später vorgegeben wurde. Es wurden dabei Verfahren zur Selbstbeurteilung und zur Fremdbeurteilung durch einen an der Therapie nicht beteiligten Arzt verwendet. Mit einem eigens für diese Untersuchung entwickelten Problembarometer wurde außerdem versucht, das Verhaltenskriterium individuell zu erfassen. Im Sinne einer exakten und möglichst beweiskräftigen Verhaltensdiagnostik wäre es wünschenswert gewesen, das Problemverhalten der

Patienten direkt zu beobachten. Da hierzu bei den Verhaltensstörungen der Patienten z.B. Hausbesuche, S-Bahn-Fahrten usw. durch einen der Ärzte notwendig geworden wären, hätte eine solche Verhaltensdiagnostik den organisatorischen Rahmen dieser Untersuchung gesprengt. Auch um den Charakter einer Gruppentherapie, die die Patienten zur Selbstkontrolle ihres Verhaltens anregen sollte, zu wahren, wurde den Teilnehmern mit dem Problembarometer nur das Instrument zur Verhaltensdiagnostik vorgegeben. Die qualitative und quantitative Verhaltensdiagnose führten die Patienten dann selbst durch, indem sie ihre Verhaltensprobleme schriftlich fixierten und deren Schweregrad auf dem Problembarometer abschätzten. Die hochsignifikante Abnahme dieser Schweregrade weist darauf hin, daß die Therapie tatsächlich die Verhaltensstörungen der Patienten bessern konnte. Daß sich diese abnehmende Tendenz bis zur Nachuntersuchung fortsetzte, spricht für die Langzeitwirkung des Programms. Ein Grund hierfür mag sein, daß die Patienten, wie sie im Arztinterview angaben, anhand des Therapiebuchs und des Hausaufgabenheftes mit einigen der gelernten Techniken weiterarbeiteten. Das trifft besonders für die Entspannungsübungen, die Aktivitätenliste und das Loben als Mittel der Verhaltenskontrolle zu. Die Ergebnisse des Problembarometers werden von denen der Skala für Psychastenie des MMPI-Saarbrücken bestätigt. Da sie gerade solche Störungen erfaßt, die die Patienten als ihre individuellen Verhaltensprobleme angaben und deren Schweregrad sie auf dem Problembarometer abschätzten, mißt die Skala für Psychastenie des MMPI-Saarbrücken auf der Basis der Selbstbeurteilung, was das Problembarometer auf der Verhaltensebene erfaßt. Das signifikante und bis zur Nachuntersuchung stabile Absinken der Werte dieser Skala ist somit ein weiteres

Indiz dafür, daß das Therapieprogramm in der Lage ist, die Symptome neurotischen Charakters zu bessern. Psychotische Symptome, die Ausdruck der Grunderkrankung der behandelten Patienten sind, z.B. solche einer weiteren depressiven Phase, waren nicht erklärtes Ziel des Therapieplans. Dennoch wurde deren Entwicklung im Verlauf der Behandlung verfolgt. Hierzu dienten die Skalen für Depression und Hypochondrie des MMPI-Saarbrücken sowie die Befindlichkeitsskala und die Beschwerdenliste nach D. von ZERSSEN. Auch jene Tests, in denen der unbeteiligte Arzt seinen klinischen Eindruck niederlegte, nämlich die "HAMILTON-Skala" und die Fragebogen des AMP-Systems, erfassen vorwiegend mögliche Symptome einer endogenen Depression. In all diesen Tests ergaben sich keine signifikanten Änderungen. Daß die durchgeführte Therapie solche Symptome nicht gänzlich abfangen konnte, zeigte sich auch daran, daß zwei Patienten während des Therapiezeitraums aufgrund massiver Auslöser erneut depressiv wurden und verstärkt mit Antidepressiva behandelt werden mußten. Dementsprechend kamen die Teilnehmer im Abschlußinterview zu der Überzeugung, das Programm könne zwar depressive Phasen abschwächen, aber nicht verhindern. Ob eine intensivere Betreuung, z.B. in Form einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie dazu in der Lage wäre, sollte in einer anschließenden Untersuchung geklärt werden. Aufgrund der vorliegenden Arbeit kann nur gesagt werden, daß ein kurzfristiges verhaltenstherapeutisches Gruppenverfahren die Symptome neurotischen Charakters im Verlaufe einer Lithiumlangzeittherapie wirkungsvoll behandeln kann, erneute depressive Phasen aber nicht ausschließt. Das Selbstbild der Lithiumpatienten, depressiv zu sein, hat die Behandlung, wie die signifikanten Ergebnisse der Depressionsskala des Gießen-

Tests zeigen, dagegen erfolgreich korrigiert. Die signifikanten Ergebnisse der Skala für soziale Resonanz dieses Tests weisen darüber hinaus darauf hin, daß die Patienten durch die Therapie den Eindruck gewannen, sozial eine wesentlich positivere Resonanz zu erzielen. Diese Ergebnisse stimmen mit den Resultaten der Untersuchung von WEISSMANN et al. (1974) überein, die für die Behandlung affektiver Psychosen mit trizyklischen Antidepressiva nachwiesen, daß die medikamentöse Therapie in der Verhinderung von Rückfällen effektiver ist, die psychotherapeutische Behandlung dagegen die soziale Anpassung der Patienten wirkungsvoller bessern kann.

4. Um im Rahmen einer Pilot-Studie über die erstmalige Durchführung eines Therapieprogramms bei einem spezifischen Patientengut Anregungen für dessen Weiterentwicklung zu erhalten, sollten auch dessen Teile differenziert beurteilt werden.

Hierzu bewerteten die Teilnehmer nach Beendigung des Programms auf einer dreistufigen Skala, wie sehr ihnen eine Technik bei der Lösung ihrer Probleme geholfen hat, wie oft sie diese zu Hause durchgeführt haben und wie häufig sie die Technik weiterhin anwenden wollen. Insgesamt schnitten die Aktivitätenliste und die progressive Muskelentspannung im Urteil der Patienten am besten ab. Die Patienten gaben an, daß ihnen diese beiden Techniken am meisten bei der Lösung ihrer Probleme geholfen hätten, daß sie zu Hause mit diesen am häufigsten gearbeitet hätten und daß sie auch weiterhin vor allem diese beiden Techniken anwenden wollten. Ein organisatorischer Grund für das positive Urteil der Patienten über diese beiden Verfahren mag sein, daß beide gleich zu Beginn in die Be-

handlung eingeführt wurden, und die Patienten sich so besonders intensiv mit ihnen vertraut machen und ihre Wirksamkeit erleben konnten. Die Aktivitätenliste wurde aber wohl hauptsächlich deshalb so hoch bewertet, weil mit ihr das Problemverhalten der Patienten direkt angegangen wurde, und sie deshalb wohl objektiv den größten Anteil an der Besserung der Verhaltensstörungen hatte. Die Entspannungsübungen verdanken ihre Attraktivität sicher vor allem dem Umstand, daß die Patienten sie als sehr angenehm erlebten. Auch nachdem ihnen die Anweisungen hierzu als Tonband-Kassetten für die häuslichen Übungen zur Verfügung standen, verlangten sie in den Gruppensitzungen spontan nach deren Durchführung. Offensichtlich empfanden sie während der Entspannung das Gruppenerlebnis besonders intensiv. Die gemeinsame Entspannung kann somit auch als eine gruppendynamisch wertvolle Übung interpretiert werden. Darüber hinaus half sie den Patienten, Angstgefühle verschiedener Ursachen und Einschlafstörungen zu beherrschen. Obwohl das allgemeine Gruppengespräch nicht zu den Therapietechniken im engeren Sinn zählt, nahmen wir es doch in den Fragebogen zur abschließenden Beurteilung des Programms auf, da die Therapeuten im Verlauf der Behandlung den Eindruck gewannen, daß der Erfahrungsaustausch und die ungezwungene Unterhaltung zwischen den Teilnehmern eine wichtige therapeutische Rolle spielten. Die Patienten bestätigten mit ihren Antworten im Fragebogen diese Einschätzung. Sie hatten das Gefühl, daß ihnen das Gruppengespräch bei der Lösung ihrer individuellen Probleme ebenso half wie die Aktivitätenliste oder die Entspannungsübungen. Auch haben sie häufig die Ratschläge, die sie während des Gesprächs erhielten, beherzigt und wollen sie auch weiterhin beachten. Diese Aussagen der Patienten

stimmen mit den positiven Erfahrungen überein, die mit Selbsthilfe-Gruppen für die verschiedensten Problembereiche gemacht werden. Eine Folgerung daraus sollte sein, bei der Weiterentwicklung des Programms die Zahl der angebotenen Techniken zu verringern und mehr Zeit für das Gespräch einzuräumen. Auch ergibt sich daraus ein erstes Argument dafür, die psychologische Betreuung von Lithiumpatienten in Form einer Gruppentherapie durchzuführen. Die Wirksamkeit des Lobes als Mittel der Verhaltenskontrolle hat die Patienten offensichtlich stark beeindruckt. Obwohl es erst in der vorletzten Sitzung besprochen wurde, erreichte es insgesamt die gleiche Punktzahl wie das Gruppengespräch. Bei der Weiterentwicklung des Programms sollten deshalb noch andere ausgewählte Techniken der Verhaltensanalyse und Verhaltenskontrolle berücksichtigt werden. Der systematischen Desensibilisierung und den Übungen im idealen Selbstbild maßen die Patienten weniger therapeutische Bedeutung bei. Die Therapeuten hatten den Eindruck, daß diese beiden Techniken den Teilnehmern zu kompliziert erschienen. Da es sich bei unserem Therapieplan um ein Programm zur Selbstkontrolle handelte, wurden die einzelnen Therapietechniken in den Gruppensitzungen besprochen und nur wenige Male geübt. Die eigentliche Behandlung blieb der selbständigen Arbeit der Patienten mit diesen Techniken vorbehalten. Da das Durchsprechen der Aktivitätenlisten und das allgemeine Gruppengespräch häufig sehr viel Zeit in Anspruch nahmen, mußten die neuen Therapietechniken oft sehr verkürzt dargeboten werden. Die systematische Desensibilisierung und die Übungen im idealen Selbstbild litten wegen ihrer relativen Kompliziertheit offensichtlich am meisten unter dieser Zeitnot. Zur Weiterentwicklung des Programms muß erwogen werden, entweder mehr Zeit für

diese beiden Techniken einzuplanen, oder auf sie zugunsten der anderen Verfahren zu verzichten. Überraschend rangiert das Rollenspiel im Urteil der Patienten an letzter Stelle. Die Patienten zeigten starke Hemmungen, vor der Gruppe zu agieren. Das mag ein Grund für ihre ablehnende Haltung gegenüber diesem Verfahren sein. Gerade bei depressiven Patienten beobachten auch andere Therapeuten solche Hemmungen. Auch zweifelten die Patienten an der Übertragbarkeit der im Rollenspiel erworbenen Verhaltenstechniken auf die Realität. Wiederum aus Zeitgründen war es weder möglich, in den Therapiesitzungen neue Verhaltensweisen gründlich zu üben, noch ihre Bewährung in der Realität abzuwarten. Wie für die Desensibilisierung und die Übungen im idealen Selbstbild stellt sich hier die Alternative, entweder mehr Zeit auf diese Techniken zu verwenden, oder darauf zu verzichten. Eventuell kann das Rollenspiel im Rahmen der Verhaltensanalyse und Verhaltenskontrolle als Diskussionsgrundlage sinnvoller eingesetzt werden als als eigenes Verfahren. Das Lob als Mittel der Verhaltenskontrolle entwickelten wir erfolgreich aus Rollenspielübungen. Für die Weiterentwicklung eines verhaltenstherapeutischen Programms zur Ergänzung der Lithiumprophylaxe affektiver Psychosen ergeben sich aus den Angaben unserer Patienten über die einzelnen Therapietechniken zusammenfassend folgende Antworten:

1. Eine problemorientierte Aktivitätenliste sollte in jedem Fall geführt werden, da sie wohl den intensivsten therapeutischen Effekt erzielt.
2. Zur Motivation der Teilnehmer und aus gruppendynamischen Gründen sollten die Entspannungsübungen beibehalten werden. Sie nutzen der Therapie auch durch ihren breiten Indikationsbereich.

3. Für das allgemeine Gruppengespräch sollte mehr Zeit zur Verfügung stehen. Sowohl in therapeutischer als auch in gruppendynamischer Sicht spielt das ungezwungene Gespräch eine wichtige Rolle.
4. Die Desensibiliserung erwies sich in der vorliegenden Studie als zu kompliziert, um bei ambulanten Patienten als Selbstkontrolltechnik angewendet werden zu können.
5. Gleiches gilt für die Technik des positiv-realistischen Selbstbildes.
6. Die Diskussion und Anwendung des Lobs als Mittel der Verhaltenskontrolle zeigte überraschende Erfolge. Die Verhaltensanalyse und Verhaltenskontrolle sollte an einigen weiteren Schwerpunkten geübt werden.
7. In diesem Rahmen kann auch das Rollenspiel sinnvoll eingesetzt werden. Als eigenständige Technik wurde es von den Patienten sowohl in der Durchführung als auch bei der Beurteilung seiner Effektivität abgelehnt.
8. Die häufig angesprochene Zeitnot bei der Durchführung des Programms kann durch eine Beschränkung der angebotenen Therapietechniken, durch eine Verlängerung der Therapiesitzungen und durch eine Reduzierung der Teilnehmerzahl erreicht werden.

5. Schließlich sollte in der vorliegenden Studie noch die Frage geklärt werden, ob sich der Rahmen einer Gruppentherapie als eher fördernd oder eher hemmend für den Behandlungserfolg erweisen würde.

Anläßlich der Diskussion um die therapeutische und motivierende Wirkung des Gruppengesprächs wurden bereits die Vorteile des Gruppenkonzepts betont. Für eine Gruppentherapie sprechen auch die Ergebnisse der

Skala für Schizoidie des MMPI-Saarbrücken und die Verbesserung der Selbsteinschätzung unserer Patienten auf der Skala für soziale Resonanz des Gießen-Tests. Die Ergebnisse der Skala für Schizoidie des MMPI weisen darauf hin, daß die Patienten nach der Behandlung weniger introvertiert reagierten und sich mehr ihrer sozialen und allgemeinen Umwelt zuwendeten. Dabei gewannen sie nach den Ergebnissen der Skala für soziale Resonanz des Gießen-Tests das Gefühl, sozial akzeptiert und angenommen zu werden. Beide Ergebnisse können als Erfolg des Gruppenkonzepts interpretiert werden. Im Fragebogen am Ende der Therapie äußerten sich die Teilnehmer sehr positiv über die Gruppensituation. 7 von 9 Patienten fühlten sich in der Gruppe sehr wohl. 8 meinten, auf ihre eigenen Probleme sei ausführlich eingegangen worden, 4 gaben zu, daß vor allem die Gruppe sie zur Erledigung der Hausaufgaben motiviert habe. Direkt vor die Alternative Einzel- oder Gruppentherapie gestellt, meinten allerdings 3 Patienten, in einer Einzeltherapie hätten ihre Probleme besser gelöst werden können. 4 gaben an, gelegentlich den Wunsch gehabt zu haben, mit einem der Therapeuten unter vier Augen zu sprechen. Auch die Therapeuten selbst hatten im Verlauf der Behandlung den Eindruck, daß gelegentliche Einzelgespräche die Möglichkeit eröffnet hätten, individuelle Verhaltensprobleme gründlicher anzugehen. Da andererseits aus den oben erwähnten Gründen das Gruppenkonzept wesentliche Vorzüge aufweist, bietet sich nach den Ergebnissen dieser Untersuchung eine Kombination beider Verfahren als die günstigste Organisationsform einer solchen Therapie an.

6. Die vorliegende Pilot-Studie sollte klären, ob eine Verhaltenstherapie in der Gruppe eine sinnvolle Ergänzung der Lithiumprophylaxe affektiver Psychosen darstellen kann. Die Studie gab hierzu einige Antworten und Anregungen zur Weiterentwicklung des verwendeten Therapieprogramms. Dennoch bleiben einige Fragen offen, die nur durch umfangreichere Untersuchungen angegangen werden können.

Für weitere Untersuchungen ergeben sich folgende Themen:

1. Obwohl die betreuenden Ärzte der Lithiumambulanz den Eindruck hatten, daß für einen großen Teil ihrer Patienten eine psychologische Behandlung angezeigt sei und obwohl zahlreiche Autoren eine solche Betreuung fordern, konnten sich doch nur wenige Patienten zu einer Teilnahme entschließen. Die Ursache dieser Diskrepanz sollte geklärt werden: Für wieviele Patienten, die, um einer weiteren depressiven Phase vorzubeugen, mit Lithium behandelt werden, besteht die Indikation zu einer psychologischen Zusatzbehandlung? Können objektive Kriterien hierfür gefunden werden? Stehen bei vielen Patienten, für die eine solche Behandlung sehr wohl indiziert wäre, Ängste vor einer zu großen physischen und psychischen Belastung der Bereitschaft zur Teilnahme entgegen?

2. Jene Patienten, die an der Behandlung teilnahmen, zeigten zahlreiche Symptome neurotischen Charakters, die einer Verhaltenstherapie zugänglich sind. Diese Symptome deckten sich mit denen, die andere Autoren beobachteten. Ihre Behandlung scheint in jedem Fall indiziert. Dennoch stellt sich die Frage, ob solche Symptome bei Lithiumpatienten häufiger auftreten als in der Gesamtpopulation.

3. Das durchgeführte Therapieprogramm hat die Verhaltensstörungen der Patienten wirkungsvoll behandelt. Dies wurde unter anderem mit einer umfangreichen Testbatterie nachgewiesen. Was den Therapieerfolg letztlich ausgemacht hat, sollte weiter untersucht werden. Waren es die verhaltenstherapeutischen Techniken, gruppendynamische Prozesse oder die Einflußnahme der Therapeuten? Diese Fragen können nur in einer Untersuchung mit entsprechenden Kontrollgruppen überprüft werden.

4. Die Symptome neurotischen Charakters besserten sich durch die Behandlung. Endogen bedingte Schwankungen im psychischen Befinden der Patienten konnte sie nicht ganz abfangen. Zu fragen bleibt, ob eine intensivere psychologische Behandlung dazu in der Lage wäre. Inwieweit diese endogenen Schwankungen unsere Testergebnisse beeinflußt haben, ist ebenfalls eine Fragestellung für eine weitergehende Untersuchung mit entsprechenden Kontrollgruppen.

5. Das in der vorliegenden Studie durchgeführte Programm hat sich nach den Ergebnissen der Kontrollinstrumente, nach den Angaben der Patienten und nach dem Eindruck der Therapeuten bewährt. Dennoch lieferte die Studie zahlreiche Anregungen zu dessen Weiterentwicklung. Die Verwirklichung dieser Anregungen sollte in weiteren Untersuchungen versucht werden.

V. ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, ob ein verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Selbstkontrolle die Lithiumprophylaxe affektiver Psychosen sinnvoll ergänzen kann. Die Therapiegruppe bestand aus 10 ambulanten Patienten, 8 Frauen und 2 Männern im Alter zwischen 35 und 64 Jahren, die während ihrer Lithiumbehandlung Verhaltensstörungen im sozialen Bereich oder eine phobisch zwanghafte Symptomatik zeigten und zu einer Psychotherapie motiviert waren. Es fanden 10 zweistündige Sitzungen statt, die von einem Arzt und einem Psychologen geleitet wurden. Die Effizienz der Therapie wurde durch eine Testbatterie mit psychologischen Meßverfahren zur Selbstbeurteilung, zur Fremdbeurteilung und zur Erfassung eines individuell definierten Verhaltenskriteriums überprüft. Die Testbatterie wurde den Patienten vor der ersten Sitzung, nach der letzten Sitzung und drei Monate nach Abschluß des Programms vorgegeben. Nach den Ergebnissen der Psychasthenie-Skala des MMPI-Saarbrücken, der Skala für soziale Resonanz des Gießen-Tests und eines "Problembarometers" zur Erfassung des Verhaltenskriteriums ergab sich eine deutlich auf die Therapieinhalte bezogene, signifikante Besserung der Verhaltensstörungen im sozialen Bereich und der phobisch zwanghaften Symptomatik. In der Diskussion wurde aus diesen Ergebnissen geschlossen, daß das durchgeführte Therapieprogramm die Lithiumprophylaxe jener Patienten sinnvoll ergänzen kann, die im Verlauf dieser medikamentösen Behandlung Verhaltensstörungen neurotischen Charakters zeigen.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

ALLEN, G.J.: Treatment of Test Anxiety by Group-Administered and Self-Administered Relaxation and Study Conn-seling. Beh. Ther. 4, 349-360, 1973

AMP: Das AMP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Hrsg.: Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AvP): Springer-Verlag, Berlin - Heidelberg - New York, 1972

ARNOLD, O.H.: Veränderungen des depressiven Erlebens unter Lithium-Dauertherapie.
in: T.A. BAU et al. (eds.) Psychopharmacology, Sexual Disorders and Drug Abuse (Proceedings of the Symposia held at the VIII Congress of the Collegium Intern. Neuro-Psychopharmacologicum, Copenhagen, August 14-17, 1972) North Holland Publishing Company, Amsterdam - London, p 69-73, 1973

BECKMANN, D. und RICHTER, H.E.: Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik; Handbuch, Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien, 1972

BENSON, Robert, M.D.: The Forgotten Treatment Modality in Bipolar Illness: Psychotherapy (Reprintetd from) Deseases of the Nervous System, Vol. 36, No. 11, November 1975, P 634-638, 1975

BÖSZÖRUMENYI, Z.: Über einige psychische Nebenwirkungen der Lithiumtherapie. Int. Pharmacopsychiat. 4: 204-209, 1970

BURGESS, E.P.: The modification of depressive behaviors. In: RUBIN, R.D., C.M. FRANK: Advances in behavior therapy 1968, New York, Academic Press, 1969

COHEN, R.: The effects of group interaction and progressive hierarchie presentation on desentization of test anxiety. Beh. Res. Ther. 4, 17-24, 1966

COOPER, G.E., GELDER, M.G., S. MARKS I.A.: Results of behavior therapy in seventyseven psychiatric patients. Brit. Med. J. 1, 1222-1225, 1965

DAVENPORT, Y.B. et al.: Couples Group Therapy As An Adjunct to Lithium Maintenance of the Manic Patient. Amer. J. Orthopsychiat. 47 (3), July 1977

DOSTAL, T.: Modification of depressive episodes during prophylactic administration of lithium salts. Activ. Nerv. sup. (Praha) 13, 170-171, 1971

ENGEL, R.R.: Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes eines automatisierten MMPI-Befundsystems in einer psychiatrischen Klinik. In: W.H. TACK (Hrsg.), Bericht über den 30. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Bd. 2, Göttingen; Hogrefe, 51-53, 1977

GERSHMAN, L. und CLUOSER, R.: Treating insommnia with relaxation and desensitization in a group setting by an automated approach. J. Beh. Ther. Exp. Psychiat. 5, 31-35, 1974

HAMILTON, M. (1960), A rating scale for depression, J. Neur. Neurosarg. Psychiat., 56-62, 1960

HATHAWAY, S.R., and McKINLEY, I.C.: A multiphasic personality schedule (Minnesota): II. The measurement of symptomatic depression. Journal of Psychology, 14-84, 1942

HELMCHEN, H.: Pharmakopsychiat., 7, 145-155, 1974

HERMANN, S.H. und TRAMONTANA, J., 1971: Instructions and group vs. individual reinforcement in modifying disruptive behavior. J. Appl. Beh. Anal. 4, 113-119, 1971

HIPPIUS, H.: Zum Stand der Therapie der Depressionen. In: KIELHOLZ, P.: Depressive Zustände; Erkennung, Bewertung, Behandlung. Bern, Huber, 1972

JACOBSON, E.: Progressive Relaxation. Chicago: Univ. of. Chicago Press, 1938

KELLY, G.A.: The psychology of personal constructs, Norton, New York, 1955

McKINLEY, J.C. and HATHAWAY, S.R.: A multiphasic schedule (Minnesota): II. A differential study of hypochondriasis. Journal of Psychology, 20, 255-268, 1940

McKINLEY; J.C. and HATHAWAY, S.R.: The MMPI: V. Hysteria, hypomania and psychopathic deviate. Journal of Applied Psychology, 28, 153-174, 1944

McKINLEY; j.C. and HATHAWAY, S.R.: A multiphasic personality schedule (Minnesota): IV. Psychasthenia. Journal of Applied Psychology, 28, 153-174, 1942

LAUTER, H.: Phasenüberdauernder Persönlichkeitswandel und persistierende Symptome bei der endogenen Depression. In: HIPPIUS, H. und SELBACH, H.: Das depressive Syndrom, 127-132, Urban u. Schwarzenberg, München - Berlin - Wien, 1969

LAZARUS, A.A.: Behavior Therapy in groups. In: GAZDA, G.M.: Basic approaches to group psychotherapy and group connseling. Springfield, Ill. 1968

LEWINSOHN, P.: The behaviroal study and treatment of depression. In: M. HERSEN, R.M. EISLER, P.M. MILLER (Eds.): Progress in behavior modification. Vol. 1. New York: Academic Press, 19-64, 1975

LEWINSOHN, P.M., J. LIBET: Pleasant events, activity schedules, and depression. J. Abnosm. Psychol., 79, 291-295, 1972

MAYTON, D.M. und ATKINSON, D.R.: Systematic desensitization. In: Group Connseling settings: An overview. J. of College Student Personnel 15, 83-88, 1974

MEYER, V. und CHESSER, E.S.: Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie, Stuttgart, Thieme, 1971

MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B., et al.: Untersuchung über die Bedeutung neurosenpsychologischer Faktoren für den Erfolg der Lithium-Dauerbehandlung. Arzneien. - Forsch. (Drug. Res.) 26, 1181-1183, 1976

RUSSEL, R.K., MILLER, D.E. und JUNE, L.N.; A comparison between group systematic desensitization and cue-controlled relaxation in the treatment of test anxiety. Beh. Ther. 6, 172-177, 1875

SCHOU, M. und BAASTOUP, P.C.: Personal And Social Implications of Lithium Maintenance Treatment. In: BAU et al., Psychopharmacology, Sexual Disorders and Drug Abuse, 65-68, Amsterdam und London; North-Holland, Publ. Co. Drague: Aricenum 1973

SCHOU, M.: Heutiger Stand der Lithium-Rezidivprophylaxe bei endogenen affektiven Erkrankungen, Nervenarzt, 45, 397-418, 1974

SUSSKIND, D.J.: The idealized Self-image (ISI): A new technique in confidence training. Behavior Therapy 1, 1970

TUNNER, W., OELKERS, C., FERSTL, R., BIRBAUMER, N.: Angstbewältigungstraining und Systematische Desensibilisierung. Eine Therapie-Verlaufsstudie. Vortrag beim Kongreß der Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie, Münster, 1972

ULLRICH de MUYUCK, R., ULLRICH, R.: Das Assertiveness-Training-Programm: ATP: Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. 3 Bände, Pfeiffer, München 1976

WEISSMANN et al.: Treatment Effects on the Social Adjustment of Depressed Patients. Arch. Gen. Psychiatry/ Vol. 30, 771-778, June 1974

WEISSMANN: Social Adiustment Scale, 1976. Unveröffentlichtes Manuskript

WINER, B.G.: Statistical principles in experimental design. New York: Mc Graw Hill, 1973

WOLPE, J.: Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, Calif.: Stanford Univ. Pr. 1958

YALOW, J.: The Theory and Practice of Group Psychotherapy. Basic Books, New York, 1970, 2. Aufl. 1975

ZERSSEN, D. v.: Die Befindlichkeits-Skala. Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München), Die Befindlichkeitsskala, Beltz Test Gesellschaft mbH, Weinheim, 1976

ZERSSEN, D. v.: (1976), Die Beschwerden-Liste. Klinische Selbstbeurteilungs-Skala (KSb-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München) Die Beschwerdenliste, Beltz Test Gesellschaft mbH, Weinheim 1976

ANHANG 1:

A: Varianzanalysen

1. Zusammenfassung der Varianzanalyse: Problembarometer

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	6154.28571	6	1025.71429		
P	7149.80952	2	3574.90476	94.729	0.00000
F 1	452.85714	12	37.73810		
Total	13756.95238	20			

2. Zusammenfassung der Varianzanalyse: Skala PT des MMPI-Saarbrücken

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	4701.95833	7	671.70833		
P	225.58333	2	112.79167	6.357	0.01086
F 1	248.41667	14	17.74405		
Total	5175.95833	23			

3. Zusammenfassung der Varianzanalyse: Skala D des MMPI-Saarbrücken

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	4703.83333	7	671.97619		
P	250.58333	2	125.29167	2.473	0.12038
F 1	709.41667	14	50.67262		
Total	5663.83333	23			

4. Zusammenfassung der Varianzanalyse: Skala SC des MMPI-Saarbrücken

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	1908.50000	7	272.64286		
P	137.58333	2	68.79167	4.423	0.03246
F 1	217.75000	14	15.55357		
Total	2263.83333	23			

5. Zusammenfassung der Varianzanalyse: Skala HD der MMPI-Saarbrücken

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	4003.83333	7	571.97619		
P	112.00000	2	56.00000	2.138	0.15481
F 1	366.66667	14	26.19048		
Total	4482.50000	23			

6. Zusammenfassung der Varianzanalyse: Skala für die Grundstimmung des Gießen-Tests

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	1545.95833	7	220.85119		
P	339.08333	2	169.54167	5.483	0.01744
F 1	432.91667	14	30.92262		
Total	2317.95833	23			

7. Zusammenfassung der Varianzanalyse: Skala für soziale Resonanz des Gießen-Tests

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	1493.16667	7	213.30952		
P	462.33333	2	231.16667	5.735	0.01517
F 1	564.33333	14	40.30952		
Total	2519.83333	23			

8. Zusammenfassung der Varianzanalyse: SAF, Freizeitscore

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	14.20627	6	2.36771		
P	1.52818	2	0.76409	1.800	0.20722
F 1	5.09362	12	0.42447		
Total	20.82807	20			

9. Zusammenfassung der Varianzanalyse: SAF, Gesamtscore

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	0.96272	6	0.16045		
P	0.31089	2	0.15544	2.015	0.17608
F 1	0.92585	12	0.07715		
Total	2.19946	20			

10. Zusammenfassung der Varianzanalyse: BFS

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	3393.23810	6	565.53968		
P	343.14286	2	171.57143	2.405	0.13241
F 1	856.19048	12	71.34921		
Total	4592.57143	20			

11. Zusammenfassung der Varianzanalyse: BL

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	3503.62500	7	500.51786		
P	130.08333	2	65.04167	2.535	0.11499
F 1	359.25000	14	25.66071		
Total	3992.95833	23			

12. Zusammenfassung der Varianzanalyse: Hamilton Depresionsskala

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	225.16667	7	32.16667		
P	32.33333	2	16.16667	1.165	0.34061
F 1	194.33333	14	13.88095		
Total	451.83333	23			

13. Zusammenfassung der Varianzanalyse: AMP-Bogen, psychischer Befund

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	616.50000	7	88.07143		
P	219.25000	2	109.62500	2.039	0.16712
F 1	752.75000	14	53.76786		
Total	1588.50000	23			

14. Zusammenfassung der Varianzanalyse: AMP-Bogen, somatischer Befund

Quelle	SS	FG	MS	F	P
VPN	107.33333	7	15.33333		
P	61.75000	2	30.87500	1.993	0.17322
F 1	216.91667	14	15.49405		
Total	386.00000	23			

ANHANG 1:

B: Rohwerte

1. Problembarometer

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	60.000	30.000	20.000
2	40.000	10.000	5.000
3	100.000	70.000	57.000
4	57.000	30.000	20.000
5	57.000	13.000	23.000
6	85.000	30.000	35.000
7	60.000	20.000	10.000

2. Skala PT des MMPI-Saarbrücken (T-Werte)

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	38.000	34.000	42.000
2	49.000	45.000	39.000
3	45.000	39.000	34.000
4	49.000	37.000	37.000
5	77.000	71.000	81.000
6	67.000	56.000	62.000
7	64.000	58.000	50.000
8	74.000	70.000	67.000

3. Skala D des MMPI-Saarbrücken (T-Werte)

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	39.000	41.000	35.000
2	50.000	43.000	46.000
3	43.000	52.000	54.000
4	56.000	52.000	50.000
5	73.000	57.000	82.000
6	84.000	74.000	76.000
7	67.000	54.000	65.000
8	93.000	69.000	71.000

4. Skala SC des MMPI-Saarbrücken (T-Werte)

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	45.000	39.000	45.000
2	51.000	52.000	42.000
3	45.000	42.000	41.000
4	51.000	45.000	44.000
5	60.000	50.000	61.000
6	61.000	58.000	56.000
7	59.000	53.000	49.000
8	75.000	63.000	75.000

5. Skala HD des MMPI-Saarbrücken (T-Werte)

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	36.000	33.000	36.000
2	47.000	43.000	31.000
3	43.000	45.000	43.000
4	49.000	43.000	37.000
5	61.000	52.000	65.000
6	70.000	64.000	64.000
7	60.000	60.000	68.000
8	80.000	66.000	70.000

6. Skala für die Grundstimmung des Gießen-Tests (T-Werte)

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	45.000	45.000	49.000
2	50.000	49.000	61.000
3	59.000	47.000	56.000
4	59.000	52.000	49.000
5	77.000	59.000	70.000
6	61.000	47.000	43.000
7	73.000	57.000	56.000
8	73.000	68.000	68.000

7. Skala für soziale Resonanz des Gießen-Tests (T-Werte)

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	39.000	50.000	50.000
2	45.000	43.000	43.000
3	54.000	54.000	56.000
4	26.000	41.000	39.000
5	25.000	43.000	32.000
6	36.000	32.000	36.000
7	34.000	58.000	39.000
8	19.000	43.000	25.000

8. Freizeitscore der sozialen Anpassungsskala

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	1.880	1.880	1.560
2	1.750	2.130	2.000
3	1.880	1.630	1.780
4	2.000	1.630	1.560
5	5.000	2.500	5.100
6	3.100	2.250	2.560
7	3.130	2.140	1.330

9. Gesamtscore der sozialen Anpassungsskala

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	1.730	1.700	1.620
2	1.770	1.940	1.950
3	1.620	1.380	1.650
4	2.000	1.860	1.750
5	2.550	1.550	2.740
6	2.120	1.870	1.980
7	2.270	1.690	1.560

10. Befindlichkeitsskala

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	4.000	4.000	6.000
2	19.000	18.000	15.000
3	9.000	5.000	4.000
4	4.000	4.000	4.000
5	30.000	2.000	42.000
6	49.000	27.000	49.000
7	24.000	20.000	21.000

11. Beschwerdenliste

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	7.000	3.000	1.000
2	8.000	6.000	4.000
3	7.000	9.000	4.000
4	4.000	3.000	3.000
5	17.000	7.000	21.000
6	44.000	38.000	45.000
7	23.000	16.000	17.000
8	28.000	16.000	4.000

12. Depressionsskala

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	1.000	2.000	1.000
2	5.000	0.000	0.000
3	1.000	4.000	2.000
4	0.000	0.000	0.000
5	3.000	2.000	12.000
6	9.000	7.000	15.000
7	7.000	0.000	1.000
8	12.000	1.000	1.000

13. AMP-Bogen für den psychischen Befund

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	8.000	4.000	0.000
2	10.000	0.000	0.000
3	0.000	10.000	0.000
4	0.000	0.000	0.000
5	10.000	2.000	27.000
6	22.000	6.000	20.000
7	13.000	0.000	0.000
8	18.000	0.000	0.000

14. AMP-Bogen für den somatischen Befund

Patient	Vor-U.	Abschluß-U.	Nach-U.
1	6.000	6.000	0.000
2	6.000	0.000	0.000
3	0.000	2.000	3.000
4	0.000	0.000	0.000
5	6.000	0.000	9.000
6	4.000	2.000	5.000
7	18.000	2.000	2.000
8	6.000	5.000	2.000

ANHANG 2:

Fragebogen zur abschließenden Beurteilung des Therapieprogramms durch die Patienten

Verhaltensmodifikation zur Selbstkontrolle: Fragebogen zur abschließenden Beurteilung

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an.

I.

1. Die Therapie hat mir ohne Einschränkungen sehr gut gefallen. 0
2. Die Therapie hat mir gut gefallen, ich habe aber einiges an ihr auszusetzen 0
3. Die Mängel der Therapie überwiegen meiner Meinung nach ihre Vorteile. 0

II.

1. Die Therapie hat mir bei der Lösung meiner Probleme sehr geholfen. 0
2. Die Therapie hat mir lediglich einige Anregungen zur Lösung meiner Probleme gegeben. 0
3. Die Therapie hat nichts zur Lösung meiner Probleme beigetragen. 0

III.

Ich bin regelmäßig zur Therapie erschienen,

1. ...weil ich das Gefühl hatte, daß sie mir hilft. 0
2. ...weil ich mit den anderen Gruppenteilnehmern zusammenkommen wollte und mit ihnen sprechen wollte. 0
3. ...weil ich es zu Beginn der Therapie versprochen habe. 0
4. ...aus einem anderen Grund, nämlich weil 0

IV.

Wieviel Zeit benötigten Sie jeweils für die Anreise zur Therapie? .....

V.

1. Der zeitliche Aufwand für die Therapie hat sich für mich sehr gelohnt. 0
2. Der Nutzen, den ich aus der Therapie gezogen habe, wiegt meinen zeitlichen Aufwand in etwa auf. 0
3. Die Zeit für die Therapie war im wesentlichen vergeudet, ich glaube, ich hätte die Zeit nützlicher verbringen können. 0

VI.

1. Die Therapie erstreckte sich über 10 Sitzungen. Wieviele Sitzungen hätten es Ihrer Meinung nach sein sollen? .....

VII.

1. Ich habe mich in der Gruppe sehr wohl gefühlt. 0
2. Ich fühlte mich im allgemeinen in der Gruppe wohl. Manchmal fühlte ich mich allerdings doch etwas unbehaglich. 0
3. Ich war in den Gruppensitzungen oft sehr gesapnnt und fühlte mich sehr unbehaglich. Ich bin häufig nur sehr ungern zu den Sitzungen erschienen. 0

VIII.

1. Auf meine eigenen Probleme wurde in der Gruppe ausführlich eingegangen. 0
2. Einige meiner Probleme kamen in der Gruppe zu wenig zur Sprache. 0
3. Auf meine persönlichen Probleme wurde in der Gruppe viel zu wenig eingegangen. 0

IV.

1. Die Gruppe hat mich vor allem darin bestärkt, die "Hausaufgaben" zu erledigen und die Ratschläge aus den Therapiesitzungen zu beherzigen. 0
2. Mich hat vor allem die eindringliche Aufforderung durch die Therapeuten dazu bewogen, die "Hausaufgaben" zu erledigen und mich an die Ratschläge aus den Therapiesitzungen zu halten. 0
3. Ich habe lediglich aus eigenem Antrieb die "Hausaufgaben" erledigt und mich an die Ratschläge gehalten. 0

X.

1. Ich glaube, daß meine Probleme leichter und schneller als in der Gruppentherapie in einer Einzeltherapie hätten gelöst werden können. 0
2. Das Gespräch mit den anderen Gruppenteilnehmern hat mir sehr bei der Lösung meiner Probleme geholfen. Gelegentlich hatte ich aber den Wunsch, mit einem der Therapeuten unter vier Augen zu sprechen. 0
3. Das Gespräch mit den anderen Gruppenteilnehmern hat mir am meisten bei der Lösung meiner Probleme geholfen. 0

XI.

Wie sehr haben Ihnen die in der Gruppe gelernten Techniken im einzelnen bei der Lösung Ihrer Probleme geholfen? Bitte geben Sie in einem Stichwort auch das jeweilige Problem an.

	nicht geholfen	etwas geholfen	sehr geholfen	Problem
(1) Aktivitätenliste	0	0	0	.....
(2) Entspannung	0	0	0	.....
(3) Desensitivierung	0	0	0	.....
(4) Ideales Selbstbild	0	0	0	.....
(5) Rollenspiel	0	0	0	.....
(6) Loben	0	0	0	.....
(7) Gruppengespräch	0	0	0	.....

XII.

Welche Techniken haben Sie zu Hause geübt bzw. durchgeführt?

	nie geübt	manchm.	oft
(1) Aktivitäten aus der Aktivitätenliste	0	0	0
(2) Entspannung	0	0	0
(3) Desensitivierung	0	0	0
(4) Ideales Selbstbild	0	0	0
(5) Situationen aus dem Rollenspiel	0	0	0
(6) Loben	0	0	0
(7) Ratschläge aus dem Gruppengespräch	0	0	0

XIII.

Welche Techniken werden Sie weiterhin anwenden?

	nie	manchmal	oft
(1) Aktivitäten entsprechend der Aktivitätenliste	0	0	0
(2) Entspannung	0	0	0
(3) Desensitivierung	0	0	0
(4) Ideales Selbstbild	0	0	0
(5) Lehren aus dem Rollenspiel	0	0	0
(6) Loben	0	0	0
(7) Ratschläge aus dem Gruppengespräch	0	0	0

DANKSAGUNG
==========

Herrn Prof. Dr. H. Hippius danke ich für die Überlassung des Themas.

Für ihre engagierte und fachkundige Hilfe bei der Durchführung und Auswertung der Arbeit danke ich Frau Diplom-Psychologin Dr. nat. Pola Engel-Sittenfeld und Herrn Dr. med. Waldemar Greil.

Mein Dank gilt außerdem Herrn Diplom-Psychologen Dr. nat. Rolf Engel für die Beratung in statistischen Fragen und Frau Gaby Kunze für ihre Unterstützung bei der computertechnischen Auswertung der Daten.

LEBENSLAUF
==========

geboren	:	17.10.1947 in Garmisch-Partenkirchen
Vater	:	Günter Grona, Journalist
Mutter	:	Magdalena Grona, geb. Freudling
Grundschule	:	1954 - 1958, evang. Volksschule Garmisch
Gymnasium	:	1958 - 1967, humanistischer Zweig des Werdenfels-Gymnasiums in Garmisch-Partenkirchen
Abitur	:	21.8.1967 am Werdenfels-Gymnasium
Studium der Psychologie	:	1967 - 1973, Universität München
Diplom in Psychologie	:	31.7.1973, Universität München
Studium der Medizin	:	1973 - 1979, Universität München
Medizinisches Staatsexamen	:	7.11.1979, Universität München
Approbation als Arzt	:	20.11.1979
Berufliche Tätigkeit	:	Assistenzarzt an der Psychosomatischen Klinik Windach/Ammersee